

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 35

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA PEUR ET DES PHOBIES

*Étude Pathogénique, Étiologique
et Nosologique*

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Décembre 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

F. DUGUET

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né à Bourresse (Vienne), le 26 Septembre 1876



LYON

IMPRIMERIE MOUGIN-RUSAND, WALTENER & C^{ie} SUCCESSIONS

3, rue Stella, 3

1899

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA PEUR ET DES PHOBIES

*Étude Pathogénique, Étiologique
et Nosologique*

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 35

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA PEUR ET DES PHOBIES

*Étude Pathogénique, Étiologique
et Nosologique*

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Décembre 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

F. DUGUET

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né à Bourresse (Vienne), le 26 Septembre 1876



LYON

IMPRIMERIE MOUGIN-RUSAND, WALTENER & C^{ie} SUCCESSIONS

3, rue Stella, 3

1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVÉAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements	OLLIER.
Clinique ophtalmologique	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales	GAYET.
Physique médicale	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie	MONOYER.
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée	CAZENEUVE.
Anatomie	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie	LORTET.
Physiologie	TESTUT.
Pathologie interne	RENAUT.
Pathologie externe	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales	TEISSIER.
Anatomie pathologique	AUGAGNEUR.
Médecine opératoire	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée	TRIPPIER.
Médecine légale	POLLOSSON (M.)
Hygiène	ARLOING.
Thérapeutique	LACASSAGNE.
Pharmacie	BARD.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes LARÖYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	WEILL, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS —
Accouchements	POLLOSSON (A.)
Propédeutique médicale	ROQUE,
Propédeutique chirurgicale	GANGOLPHE,
Botanique	BEAUVISAGE.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	COURMONT.	VALLAS.	PAVIOT.
ROUX.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
POLLOSSON (A.)	COLLET.	DURAND.	BÉRARD.
ROCHET.	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROLLET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
CONDAMIN.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LACASSAGNE, Président ; M. LANNOIS, Assesseur ;
MM. ROCHET et BOYER, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A M. LE PROFESSEUR BLANCHARD

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

A M. LE PROFESSEUR SÉAILLES

Professeur de Philosophie à la Sorbonne

A M. LE PROFESSEUR LACASSAGNE

Professeur de Médecine légale à la Faculté de Médecine
de Lyon

Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous sommes heureux de profiter de la publication de ce modeste travail pour assurer de notre profonde gratitude, tous ceux qui nous ont porté quelque intérêt et nous ont honoré de leur sympathie.

Nous garderons toujours un souvenir ému du généreux accueil que nous avons trouvé auprès de M. le professeur Blanchard. Ce maître éminent nous a fait, en de nombreuses circonstances, l'honneur de s'intéresser à nous : qu'il soit assuré de notre respectueuse reconnaissance.

M. le professeur Séailles s'est toujours montré à notre égard d'une bienveillante sollicitude : il nous a prodigué ses conseils et son appui. C'est une grande joie pour nous de pouvoir l'en remercier publiquement aujourd'hui, et nous garderons toujours le meilleur souvenir du charmant accueil que nous avons reçu dans sa famille.

Nous sommes heureux et fier d'associer ces deux maîtres dans notre reconnaissance : nous nous efforce-

rons de nous montrer digne de la confiance qu'ils nous ont témoignée.

M. le professeur Lacassagne a bien voulu nous donner l'idée de ce travail. Nous le prions d'agréer nos sincères remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait d'en accepter la présidence. Nous saurons nous inspirer le plus possible de son savant enseignement et être à son exemple un esprit large, consciencieux et précis.

Notre cousin Guéry nous a aidé de ses conseils. Nous nous sommes efforcé de les employer avec profit : qu'il reçoive ici nos fraternels remerciements.

Nous tenons également à exprimer toute notre gratitude à ceux de nos maîtres qui ont bien voulu s'intéresser à nous, et particulièrement à M. le médecin principal Pierrot et à M. le médecin-major Patte, pour les soins dévoués qu'ils nous ont prodigués.

Merci enfin à tous nos amis dont l'attachement nous a été d'un grand secours dans les moments de tristesse. Ils voudront bien se reconnaître dans ces lignes et croire à toute notre affection.

Lyon, le 6 décembre 1899.

INTRODUCTION

SOMMAIRE. — Définition, description des phobies. — Variétés. — Historique. —
Source des documents.

Pour bien connaître l'homme malade, il faut connaître d'abord l'homme sain. Notre but étant d'étudier la peur pathologique, il nous a semblé rationnel de commencer ce travail par quelques considérations sur la peur normale. Cette manière de comprendre le sujet est d'autant plus autorisée que, au point de vue psychologique, ces deux formes de l'émotivité ont des liens étroits.

Mais si tout le monde connaît la peur normale, il est par contre nécessaire, pour plus de clarté, de décrire rapidement ce qu'on entend par *phobies*, quelles en sont les variétés, quelles études en ont été faites jusqu'à ce jour. Nous indiquerons enfin les sources des documents qui nous ont servi pour notre travail.

Les phobies sont des peurs morbides caractérisées par une terreur subite, insurmontable s'accompagnant d'une angoisse intense, caractéristique, qui laisse la conscience et le raisonnement intacts mais anéantit absolument la volonté. M. Bouveret décrit ainsi un accès d'agoraphobie : « l'état du malade est parfois lamentable. Il pâlit, son pouls et sa respiration s'accélèrent, la tête lui

tourne ; la face et les extrémités se couvrent de sueurs froides ; les jambes chancellent, tremblent, fléchissent, puis survient un état nauséux très pénible, souvent accompagné de crampes stomacales. La sensation de dérochement des membres inférieurs peut être poussée si loin que le patient, affreusement tourmenté, est incapable de faire un pas pour se soustraire à l'objet de son anxiété. Si l'accès se prolonge, il s'aggrave de troubles digestifs, s'accompagne d'anorexie complète, de constipation ou de diarrhée nerveuse (1). » Cet état pénible cesse aussitôt si le malade peut s'appuyer sur une canne ou sur le bras d'un passant. Combien remarquable et même bizarre est cette émotion qui, malgré son intensité, cède au frêle soutien que procure l'épaule d'un enfant !

Ces peurs morbides ont comme caractères essentiels : *l'angoisse et l'irrésistibilité*. Elles se produisent le plus souvent dans des conditions spéciales, toujours identiques pour le même sujet. Tel malade, par exemple, sera pris d'angoisse en présence d'un large espace qu'il lui faut traverser ; tel autre aura constamment peur d'avaler des aiguilles ou des corps pointus ; un troisième ne pourra rester dans une chambre close et se précipitera au dehors pour avoir de l'espace ; un autre s'enfuira pâle et chancelant à la vue du sang qui coule..., la liste est inépuisable, et on nous saura gré de ne pas citer les noms barbares dont on a décoré chaque espèce de phobies. Qu'il nous suffise de dire que l'on observe la peur du vide, la peur des pointes, des espaces fermés,

(1) Bouveret : *La neurasthénie*, p. 69, 1890

de la mer, du feu, de la saleté, du sang, de la solitude, des microbes, la peur du tonnerre, des chemins de fer, de la maladie, etc., etc. Il semble en un mot que *tout ce qui, à l'état normal est une source légère d'émotivité pour l'individu sain, peut devenir l'objet d'une phobie*. Ainsi localisées, elles constituent *les monophobies*. Mais d'autres fois, l'état anxieux au lieu de se spécialiser, se manifeste au contraire à l'occasion de tous les actes de la vie quels qu'ils soient, et constitue *la panophobie*, véritable état émotif permanent qui fait que les malades ont également peur de tout et vivent dans un état de perpétuelle angoisse.

L'étude des phobies est assez récente. On trouve dans la thèse d'agrégation de Marcé en 1860, l'observation d'un malade sans cesse tourmenté par la crainte angoissante de voir adhérer à ses doigts des aiguilles. Puis viennent les observations de Morel en 1866. Mais ce n'est guère qu'à partir de 1870 avec Benedikt, 1872, avec Westphall, et avec Legrand du Saulle en 1877 que commence véritablement l'étude des peurs morbides. Encore ces auteurs n'ont-ils surtout en vue qu'une variété monophobique : la peur des espaces ou agoraphobie. Depuis, les variétés se sont multipliées et de nouvelles études ont surgi. On se rendra compte de leur nombre en parcourant notre index bibliographique.

Il a été nécessaire de faire une classification. Avec Gelineau, on peut les diviser en 1° *pseudophobies* ou craintes banales, peurs atténuées, consistant surtout en inquiétudes ; 2° *phobies secondaires* plus accentuées, angoissantes, se développant chez des prédisposés héréditaires.

ditaires ou accidentels; 3° *phobies essentielles ou primitives* qui, sans cause tangible évidente, se développent d'emblée avec leur caractère de peur subite, angoissante.

On les a interprétées diversement ; certains en ont fait une forme de la folie, d'autres en ont voulu faire un syndrome de dégénérescence, un grand nombre d'auteurs les rattachent à la neurasthénie, tout récemment enfin on les a réunies aux autres états anxieux pour en faire la manifestation d'une névrose spéciale : la névrose d'angoisse.

En présence de cette diversité d'opinions, nous nous sommes proposé de reprendre l'étude des phobies. Sans idée préconçue, nous avons analysé un grand nombre d'observations, empruntées de préférence à des auteurs dignes de foi. Nous citerons Morel, Legrand du Saulle, et les discussions de la Société médico-psychologique, les publications plus récentes de MM. Féré, Janet, Lannois et Tournier, Gelineau, les thèses de Doyen, Duhault, Marrel, Brun ; nous-même en avons observé quelques cas. Nous avons étudié ainsi 160 observations complètes. Nous avons fait porter plus spécialement nos investigations sur les causes morales et physiques qui avaient pu motiver le développement de la maladie, et nous avons noté l'évolution de cette dernière avec soin, pensant que ces différentes données pathogéniques et étiologiques nous seraient précieuses pour établir la nature de ces troubles émotifs si curieux.

PREMIÈRE PARTIE

ÉTUDE PATHOGÉNIQUE

CHAPITRE PREMIER

Synthèse psychologique des phobies. — L'instinct conservateur. — La peur.

SOMMAIRE. — L'instinct de conservation, sa principale manifestation: la peur. Rôle de la sensibilité. — Modifications de l'instinct de conservation. a) *Diminution*: influence de la volonté, de l'habitude, etc., le courage. L'instinct conservateur chez les foules. b) *Exagération*: le doute, l'émotion, la timidité, la frayeur, la terreur, l'anxiété panophobique. c) *Déviation*: la *phobie*, les manies, les philies.

Bichat a défini la vie « l'ensemble de forces qui résistent à la mort. » Tout ce qui vit, en effet, dès que la conscience apparaît, a horreur de la mort, et cette énergie de répulsion, que tout être vivant oppose aux forces destructives, se manifeste sous forme d'instinct: *l'instinct de la conservation de l'individu*. Plus puissant et plus universel même que l'instinct de la conservation de l'espèce (car il est des êtres asexués), cette réaction défensive de l'être pour résister à la mort

est la condition essentielle de son existence ; c'est en vue de cette fin qu'il associe toutes ses énergies physiques et psychiques : « toutes les fonctions du cerveau et de tout l'organisme, dit Gall, se réduiraient à une seule fonction, à un seul but, à un seul instinct, l'instinct conservateur, (1).

Ces réactions instinctives ont pour principal élément un phénomène psychique qui est *la peur*. La peur est commune à tout être vivant. Elle se manifeste chez lui, bien avant même qu'il ait pu avoir des raisons d'éprouver de la crainte : c'est un sentiment inné. Elle surgit subitement, dès que l'occasion s'en présente, comme un mouvement psychique tout formé et appelle à la résistance toutes les énergies vitales enfermées dans l'organisme menacé. « A l'état normal, dit Levillain, l'organisme n'a peur que de ce qui peut menacer plus ou moins directement son existence : la peur est le préliminaire obligé de l'instinct de défense (2). »

Elle possède sa principale source dans *la sensibilité* (physique ou psychique : car une émotion violente peut être une cause de douleur). Si l'instinct n'est qu'un « reflexe composé (3) », la sensibilité en constitue à coup sûr la voie centripète la plus importante. C'est par elle, en effet, que nous sommes en contact avec le monde extérieur ; or, toute excitation violente inquiète et trouble l'organisme et s'accompagne d'une sensation de douleur qui provoque la formation de

(1) Gall, *Fonctions du cerveau*, tome II, p. 63, 1822.

(2) Levillain, *la neurasthénie*, p. 151.

(3) Féré, *Pathologie des émotions*, p. 509.

mouvements instinctifs conservateurs, résultats de la réaction des forces vitales ainsi mobilisées: « la douleur, a dit Richet, est la sentinelle de la vie (1) »

La sensibilité joue donc un rôle important dans la production des mouvements de défense des individus, à quelque degré de l'échelle des êtres qu'ils appartiennent. « Partout où il y a une cellule vivante, dit Luys, depuis les organismes unicellulaires les plus simples, les monères, la matière organique, par ses seules forces, ses seules énergies latentes, sent, s'émeut, se rétracte, et donne ainsi la preuve qu'elle a été impressionnée, satisfaite ou froissée dans ses affinités intimes (2) »

La conscience du moi n'est d'ailleurs pas nécessaire pour coordonner ces mouvements de défense: que l'on fasse tomber une goutte d'acide sur la patte d'une grenouille décapitée, l'animal cherchera à fuir, et si on l'immobilise, il cherchera à enlever la goutte avec la jambe restée libre. Les déductions que l'on peut tirer de cette expérience ne sont nullement subordonnées au problème si souvent posé de l'âme des bêtes, puisque l'on opère sur des animaux auxquels on a enlevé le cerveau. L'homme endormi présente d'ailleurs, dans les mouvements de défense la même coordination que la grenouille décérébrée: en rapprochant ces deux faits, on voit que les réactions instinctives se passent en dehors de l'intelligence, du moins en ce qu'elles ont de primordial; il semble que la conscience ne veuille pas s'éveiller pour si peu.

(1) Richet, *L'homme et l'intelligence*, p. 21.

(2) Luys, *Traité des maladies mentales*, p. 126.

L'homme en tant qu'organisme présente donc les mêmes réactions vitales que les autres êtres : il obéit aux mêmes lois naturelles, il possède les mêmes instincts. Mais à côté de l'évolution physique qu'il a de commune avec eux, il possède en propre (on le croit du moins) une évolution psychique déterminée dont *la raison* constitue l'élément primordial. Or, cette faculté exerce une influence modificatrice sur nos actes, c'est à son contrôle que sont soumises les sensations extérieures dont les résultantes se trouvent ainsi modifiées. Nous pourrions donc noter chez l'homme des *modifications des instincts*. L'instinct de conservation n'échappera pas à cette influence : sous l'empire de l'imagination, de l'habitude, de la volonté, les réactions de défense perdront peu à peu de leur intensité primitive ; il se produira, mais lentement, chez l'homme, une sorte d'acclimatement au danger.

Il est même des circonstances dans lesquelles l'instinct conservateur est d'emblée relégué au second plan. Mais « pour vaincre cet amour instinctif et profond de l'existence, il faut ou une passion féroce ou une intelligence supérieure qui, se dégageant des limites étroites d'un instinct aveugle, considère une finalité plus haute (1). »

Ainsi expliquons-nous ces grands mouvements d'impulsivité généreuse des foules qui, poussées par la foi religieuse ou par le patriotisme, ont permis d'inscrire dans les annales de l'humanité l'histoire des Croisades et celle de la Révolution. Il semble que dans cette mise

(1) Richet : *L'homme et l'intelligence*.

en marche des masses, sous l'influence d'une idée, il y ait eu chez chaque individu comme une disparition épidémique de l'instinct de conservation. Il est même assez paradoxal de remarquer que, dans les soulèvements qui se sont effectués au nom même de l'intérêt personnel (dans certaines grèves par exemple), la foule, malgré le but qu'elle poursuit, reprend ses caractères dominants, l'impulsivité et la disparition de tout instinct conservateur.

Si cet instinct ne consiste guère chez les êtres inférieurs qu'en de simples besoins répondant à la faim, à la soif, etc..., à mesure que les organismes augmentent de complexité, leurs besoins s'accroissent proportionnellement, et les obstacles à leur satisfaction se multiplient. L'homme par suite de sa supériorité organique et psychique, demande donc plus que tous les autres êtres au monde extérieur. Aussi, son instinct conservateur est-il, normalement, constamment tenu en éveil ; dans ce perpétuel état de défensive, l'esprit, au lieu d'attendre patiemment les dangers, poussé par le désir de les connaître afin de s'en préserver, s'est pris à interroger le monde extérieur ; il a voulu prévoir, il s'est efforcé de rechercher une certitude absolue qui lui permît d'orienter ses déterminations dans la voie la plus sûre.

Dans cette recherche de la vérité, l'esprit, hésitant en deux déterminations, n'osant se prononcer de peur d'erreur, est resté un instant en suspens : ainsi est né *le doute* sous l'influence de ce besoin de certitude. Ce doute, pénible par sa ténacité, douloureux par son angoisse, par le fait même qu'il peut engendrer l'erreur

et nuire par là à la sûreté de l'individu, s'accompagne nécessairement d'un sentiment de *crainte*. Il peut donc être considéré comme une manifestation de l'instinct conservateur. Pour une âme qui aspire ardemment à la vérité, le but élevé qu'elle poursuit enlève au doute son caractère personnel, mais nous pensons qu'à son origine il a dû être la première élaboration de l'esprit interrogeant le monde.

Cet instinct conservateur, que nous retrouvons au fond du doute, peut être déjoué dans ses prévisions. Alors surgit *l'émotion*, sous toutes ses formes, qui n'est en somme qu'un ébranlement moral causé par l'arrivée de quelque chose d'inattendu. Mais l'émotion simple n'est pas morbide : elle est normale à l'homme. C'est un réflexe à la fois somatique et psychique absolument régulier. La vie n'est en effet que le résultat d'un perpétuel conflit entre des tendances opposées, qu'elles se réalisent sous forme de réactions physico-chimiques ou de réactions psychiques. L'individu n'acquiert le droit de vie qu'au prix de perpétuels efforts d'adaptation : l'évolution le prouve. D'autre part, l'expérience médicale vulgaire montre que nous sommes tous en état de puissance morbide : l'état pathologique n'étant souvent qu'une simple exagération de l'état physiologique. Ce que nous appelons l'état normal serait donc bien moins un état de stabilité qu'un équilibre instable entre les forces destructives et les forces vitales défensives. Aussi faisons-nous de l'émotion simple un phénomène normal qui n'est que la manifestation de cet état permanent de lutte, et ne disons pas, nous comme M. Duprat, « qu'il est rare de rencontrer des émotions qui ne

soient pas déjà tant soit peu morbides (1) », et ne faisons-nous pas de la surprise, qui n'est en somme que le premier degré de l'émotion, « une émotion pathologique ». Ayant posé comme principe la loi de stabilité normale, ce philosophe était nécessairement amené à cette exagération.

En s'amplifiant, cette émotion simple devient *la peur* que M. Ribot définit « toute réaction émotionnelle causée par la représentation vive et persistante d'une douleur ou d'un mal possible (2) ». Avec la peur nous sommes sur les confins de l'état morbide. Elle se manifeste, en effet, avec une intensité variable. Dans ses formes légères, elle semble être normale et peut être considérée comme une de ces multiples réactions dont l'ensemble constitue la vie. Mais quand elle s'exagère, elle amène une perturbation complète dans le fonctionnement des autres rouages de l'organisme : elle devient dès lors véritablement nuisible et doit être regardée comme un état maladif.

Ainsi, faut-il considérer *la frayeur* et *la terreur*. Sous ces formes, la peur s'accompagne d'une véritable désorganisation mentale. Dans cet appel de l'âme en détresse, en présence de l'objet terrifiant, toutes les facultés sont ou anéanties ou exagérées, mais elles présentent ce caractère constant de donner lieu à des réactions qui, quoique dictées au début par l'instinct conservateur, lui désobéissent en fait d'une façon absolue. La terreur réalise donc exactement les conditions de la peur mor-

(1) Duprat, thèse de philos, 98; *l'Instabilité mentale*, p, 146.

(2) Ribot, *Psychologie des sentiments*, p. 205.

bide que M. Ribot définit « toute forme de la peur qui, au lieu d'être utile devient nuisible, qui cesse d'être un moyen de protection pour devenir une cause de destruction (1). »

La nature morbide de ces peurs exagérées semble se manifester nettement dans la façon dont elles se développent : elles présentent en effet dans certains cas, sans qu'il soit toutefois possible de l'expliquer, *des caractères véritablement épidémiques*. On connaît des cas nombreux d'explosion subite de frayeur chez les animaux (les moutons, les chevaux surtout), frayeur survenant sans cause apparente et gagnant avec une effrayante rapidité tous les individus qui, dans leur fuite, renversent tout sur leur passage et souvent se tuent par crainte d'un danger dont la nature nous échappe et qui peut-être n'existe pas (2). L'homme lui-même n'en est pas exempt : les foules, surtout, présentent ces paniques subites, irraisonnées, épidémiques, qui font que les hommes s'enfuient éperdus et s'écrasent, sans savoir souvent pourquoi ils ont peur. La panique de Larissa où les Grecs s'entre-tuèrent (lors de la dernière guerre gréco-turque) montre quel degré de désorganisation

(1) Ribot, *loc. cit.* p. 205.

(2) Ces cas de peur épidémique chez les animaux sont assez fréquents : les journaux publiaient en 1898 l'histoire d'une panique survenue parmi les chevaux d'un régiment d'artillerie. Pendant les exercices de tir, les chevaux, quoique habitués au bruit du canon, s'enfuirent subitement brisant leurs harnais. Plusieurs se tuèrent. On en trouva le lendemain à 20 kilomètres. La panique des mules de Ladysmith ne doit donc pas nous laisser trop sceptiques. Elle est fort possible.

l'esprit terrifié peut atteindre. Quelle en est la cause ? nous l'ignorons.

Ces peurs exagérées sont donc bien des phénomènes maladifs qui prouvent l'imperfection de notre organisme. « On dirait presque que la nature n'a pu élaborer une substance pour faire le cerveau et la moelle épinière, qui fût très excitable, et qui, sous l'action de stimulants très énergiques, ne dépassât pas dans ses réactions les limites physiologiques utiles à la conservation de l'animal (1). » Née au début pour préserver l'individu, la peur, quand elle s'exagère sous forme de terreur, favorise au contraire sa destruction.

La terreur ne constitue pas d'ailleurs la seule déviation de l'instinct conservateur.

Dans cet interrogatoire anxieux de l'individu qui cherche à prévoir les dangers, l'esprit, qui, par une douloureuse expérience, a appris à craindre tout de toutes choses, finit par généraliser son anxiété : l'anxiété panophobique est alors constituée : le malade, d'après M. Ribot, « a peur de tout et de rien ; l'anxiété, au lieu d'être rivée à un objet, toujours le même, flotte comme dans un rêve et ne se fixe que pour un instant, au hasard des circonstances, passant d'un objet à un autre (2) » : c'est par sa généralisation, une des formes les plus douloureuses de l'émotivité morbide.

Cette émotivité morbide, sous l'influence d'une des causes pathologiques que nous étudierons, pourra, à la faveur d'une association d'idées, se systématiser ; et

(1) Mosso. *La Peur*, p. 122. Trad. Hément, 1886.

(2) Ribot : *Loc. cit.*, p. 202.

tandis que chez tous les êtres il s'est établi à travers les générations, un mouvement de défense contre des dangers réels, cette répulsion instinctive, au lieu de mettre des siècles à naître pourra s'implanter spontanément dans l'esprit, grâce à une hallucination de sentiment qui fera dévier ainsi l'instinct conservateur : *cette crainte morbide d'un danger irréel constituera une phobie.*

Mais l'émotivité morbide ne s'accompagne pas toujours d'un mouvement de défense : au lieu d'une répulsion elle peut faire naître une tendance. Le plaisir est une émotion au même degré que la peur, et les phobies qui représentent comme le côté négatif de l'émotion, auront leur équivalent positif dans des mouvements d'impulvisité, dans *les manies*. Dans les deux cas, il y a obsession : la manifestation psychique seule varie. Le kleptomane est un obsédé au même titre que l'agoraphobe et l'impulsion irrésistible qui pousse le premier à voler est l'équivalent inverse de la répulsion qu'éprouve le second à la vue d'un large espace. Les manies, les philies, sont donc, tout comme les phobies, des symptômes d'émotivité morbide, et on peut admettre que le désir impulsif de posséder est, tout comme la crainte d'un danger irréel, une manifestation morbide de l'instinct de conservation.

CHAPITRE II

Mécanisme physiologique de la peur et des phobies.

SOMMAIRE. — Intervention dans la peur d'un phénomène involontaire. — Son origine cardiovasculaire. — Explication physiologique de Wright : décharge d'une tension nerveuse dans des conducteurs dépourvus d'inhibition. — Opinion de Valentin et d'Hartenberg donnant aux phobies une origine cardiovasculaire. — Conclusion : il y a dans la peur deux phénomènes, un d'origine corticale, l'autre d'origine sympathique.

L'émotivité sous toutes ses formes ne consiste pas seulement en un phénomène mental. On sent, pour l'avoir éprouvé soi-même, que la peur est un état complexe auquel l'esprit n'est pas seul à prendre part, et *qu'il y a dans l'accès d'angoisse quelque chose qui est indépendant de la volonté*. Maupassant a, dans une de ses nouvelles, « Sur l'eau », analysé ainsi un accès de peur : « J'essayais de me raisonner. Je me sentais la volonté bien ferme de ne point avoir peur, mais il y avait en moi autre chose que ma volonté, et cette autre chose avait peur. Je me demandai ce que je pouvais redouter ; mon moi brave railla mon moi poltron... »

Quel est cet élément inconnu indépendant de l'esprit ?

Il réside, pensons-nous, dans un phénomène nerveux qui se passe dans les centres involontaires et qui est la

source de toutes les manifestations somatiques bien déterminées accompagnant la réaction psychique initiale et proportionnelles à son intensité.

Il résulte, en effet, des expériences de Mosso, que toute émotion s'accompagne d'une réaction organique, cette dernière pouvant se produire en l'absence de toute conscience. Ce physiologiste italien observant, à la faveur de pertes de substance du crâne, le cerveau d'animaux et d'individus endormis, remarqua qu'un léger bruit, un appel prononcé tout bas, étaient suivis immédiatement d'un afflux de sang au cerveau. Ce résultat fut confirmé par une série d'expérience faites sur le modèle de la suivante : une personne saine, endormie, était couchée sur une balance exactement en équilibre, « alors, dit Mosso, tout étant plongé dans le silence, l'un de nous faisait un petit bruit, toussait, remuait les pieds ou déplaçait une chaise : aussitôt la balance chavirait, s'inclinait du côté de la tête et restait immobile pendant quatre ou cinq minutes, sans que la personne soumise à l'expérience s'en aperçût (1). » Si le bruit devenait plus fort, la conscience s'éveillait, et cette cessation du sommeil était encore accompagnée d'une inclinaison de la balance du côté de la tête. Un point nous semble donc acquis : il y a des émotions inconscientes ou mieux subconscientes, qui sont accompagnées de réactions organiques également subconscientes.

Si l'émotion se produit à l'état de veille et si elle est intense, on constate alors tout le cortège des phénomènes physiques qui accompagnent la peur. Les expé-

(1) Mosso, *loc. cit.*, p. 71.

riences de Mosso ont scientifiquement démontré que l'on note dans ce cas une contraction de tout le système vasculaire périphérique, d'où afflux du sang vers les centres, et consécutivement sensation de froid ; le tracé cardiographique indique en même temps une accélération considérable des battements du cœur, puis la fréquence des mouvements respiratoires s'exagère et l'inspiration s'amplifie, comme si l'organisme, avant d'envoyer tous ses éléments de combat aux centres chargés d'organiser la résistance, cherchait à leur donner, par une oxydation plus active, un surcroît d'énergie. Enfin, si la peur s'accroît on observe une contraction de la vessie et même de la diarrhée. Tous ces phénomènes organiques ont comme caractère fondamental de ne pouvoir être modifiés par la volonté.

Il y a donc dans toute émotion, outre un phénomène psychique, un phénomène somatique connexe, d'intensité proportionnelle, mais dont l'esprit ne peut régler les manifestations. C'est le « moi poltron » de Maupassant. Quelle est son origine ?

M. Wrigths (« *Brain* » été et automne 1895) semble nous l'avoir indiqué. D'après lui, les facteurs de la réaction émotive sont : 1° *un violent stimulus sensoriel* ; 2° *une extrême tension dans les centres réflexes* ; 3° *un débordement d'influx nerveux*, d'abord dans les conduits afférents allant aux muscles involontaires, puis dans ceux des muscles semi-volontaires, enfin dans ceux des muscles volontaires. Il considère cette haute tension dans les centres réflexes comme constituant l'élément physiologique de l'émotion, et les résultats consécutifs comme subordonnés à la direction que prend l'influx

nerveux ainsi emmagasiné. Si cet influx suit les conduits efférents allant aux muscles volontaires, l'intensité de la décharge sera soumise au contrôle de l'inhibition qui, venue des centres nerveux supérieurs, exerce une action continue sur le centre réflexe médullaire avec la faculté de se relâcher éventuellement : la réaction organique de ces muscles volontaires pourra donc être modifiée : elle représente, d'après Wright une décharge de faible tension. Mais le centre nerveux viscéral, au contraire, qui régit les actes de la vie végétative, subit infiniment moins l'influence des inhibitions supérieures. Ce « cerveau inférieur » vit et agit par lui-même dans une relative indépendance et, d'après Wright, « le réflexe, dû seulement à une extrême accumulation de force nerveuse en ce point, représente une décharge de haute tension. Or, c'est cette haute tension qui s'accompagne d'un sentiment plus ou moins grand d'angoisse, d'où la lutte par l'habitude consiste non dans la substitution d'un réflexe à un autre, mais bien dans un état de faible tension à une condition de haute tension. »

En résumé, il découle de cet exposé un peu abstrait que l'influx nerveux emmagasiné dans les centres réflexes suit, sous l'influence d'un violent stimulus sensoriel centripète, une double voie efférente : ou bien il prend une direction centrifuge dans les muscles volontaires (et dans ce cas, la volonté atténue l'intensité de la réaction); ou bien, il se rend dans le centre viscéral qui, étant dépourvu d'action inhibitrice, réagit sans aucun frein et donne lieu à tous les phénomènes somatiques de l'émotion, dont l'intensité sera proportionnelle au stimulus sensoriel initial. De là la pâleur,

les sueurs, les palpitations, etc... Comme le dit justement Mosso : « Les impressions qui ébranlent les centres nerveux produisent une longue agitation et nous n'avons pas la force de nous arrêter sur la pente où le choc imprévu d'une émotion nous a lancés (1). »

D'autres auteurs sont allés plus loin, et au lieu de considérer les manifestations somatiques de l'émotion comme secondaires à un phénomène psychique, ils ont voulu en faire *le phénomène initial*. D'après une communication au Congrès d'Angers en 1878, MM. Valentin et Hartenberg admettent, en principe, que toute phobie a pour élément fondamental un état d'anxiété, et que cet état d'anxiété consiste essentiellement en un phénomène cardiovasculaire. A l'appui de cette hypothèse, ils citent des observations de malades neurasthéniques chez lesquels ils ont vu survenir brusquement, sans cause connue, des accès de palpitations. Ils pensent que ces phénomènes cardiovasculaires primitifs retentissent dans la sphère sensitive de l'écorce, c'est-à-dire dans la zone cérébrale consciente, et donnent naissance alors à un sentiment d'angoisse, de peur, dont l'esprit a notion, mais qu'il subit sans l'avoir provoqué. Que ces crises de palpitations, sans représentation psychique préalable, se reproduisent périodiquement, l'état d'angoisse consécutif tendra à devenir permanent : l'émotivité pathologique systématique sera constituée. Pour ces auteurs, en somme, la peur paraît avoir, non, comme on pourrait le croire, un point de départ psychique, c'est-à-dire cortical, mais un point de départ organique dans l'appar-

(1) Mosso, *loc. cit.*, p. 93,

reil cardiovasculaire. Un désordre initial du cœur et des vaisseaux, survenu sans aucune représentation psychique préalable, déterminerait un état d'anxiété à la faveur duquel les phobies pourraient se constituer.

Bien que MM. Valentin et Hartenberg aient trouvé trois faits pouvant confirmer cette hypothèse, nous n'osons admettre d'une façon absolue cette dernière opinion d'un matérialisme un peu exagéré.

Nous reconnaissons plutôt avec M. Vright *qu'il y a au fond de toute émotion un phénomène organique non pas primitif, mais secondaire*, dont les différentes manifestations sont absolument indépendantes de la volonté : il semble que, selon l'expression d'un de nos maîtres, « on a peur comme on a de l'embarras gastrique ou une angine », ces mots voulant dire que la peur s'impose à notre être d'une façon si impérieuse que notre volonté est impuissante à nous débarrasser de sa douloureuse étreinte, de la même manière qu'elle ne peut rien contre les maladies qui évoluent en nous.

Quant à la localisation dans le système nerveux viscéral des phénomènes somatiques d'origine émotive, elle avait déjà été entrevue par Morel qui, en 1866, considérait, avec un peu d'exagération, le délire émotif (dans lequel il comprenait les phobies), comme une névrose du système nerveux ganglionnaire. Les expériences de Claude Bernard et de Brown-Sequard sur la section et l'électrisation du grand sympathique au cou, ajoutent encore plus de poids à cette hypothèse de la localisation dans les centres nerveux involontaires, des conditions physiologiques des émotions : le grand sympathique peut donc être considéré comme présidant à

l'extériorisation des émotions : il en constituerait la voie de décharge.

Quant au centre des phénomènes psychiques émotionnels, il a été l'objet de longues discussions : Gall le premier disait qu'il y a sur le crâne « une proéminence bombée derrière et au-dessous des oreilles, à l'angle postéro-inférieur des pariétaux, correspondant dans le cerveau à une circonvolution proéminente chez les courageux, plate chez les faibles. » Vulpian, au contraire, considérait la protubérance comme le siège des émotions. Huschke les localisait dans la région temporo-pariétale. Bien d'autres hypothèses ont surgi.

Enfin, en 1891, M. Courmont faisait du cervelet le centre des émotions. Ces différentes hypothèses se basent sur des données anatomo-pathologiques souvent contradictoires et que chacun interprète de façon diverse : il nous semble, toutefois, d'après l'examen des expériences de Bérézine rapportées par Setchéhoff (1), et montrant le rôle des hémisphères dans la perception des sensations, que l'on doit considérer comme logique le raisonnement suivant de M. Féré.

« Si les hémisphères sont indispensables à la production de la sensation, état de conscience d'origine externe, ils sont bien plus indispensables encore à la production de l'émotion, état de conscience nécessitant des représentations qui ne peuvent se passer que dans l'écorce grise du cerveau (2). »

La localisation exacte est, par contre, impossible.

(1) Féré. *Path. des émotions*, p. 469,

(2) Féré. *Path. des émotions*, p. 470.

Nous admettrons donc en résumé que dans la peur, outre un phénomène psychique initial, cortical, première manifestation de l'émotion, mais pouvant être modifié par la volonté, il y a un phénomène physiologique consécutif, d'origine réflexe, de nature centrifuge, absolument involontaire, qui semble se passer dans le domaine du grand sympathique : ce phénomène physiologique se traduit par l'angoisse, les palpitations, les sueurs, etc. Les phobies n'étant qu'une forme morbide de la peur, ces deux ordres de phénomènes se présenteront chez elles avec une extrême intensité et d'autant plus violemment que la volonté sera paralysée.

CHAPITRE III

Mécanisme psychologique de la peur et des phobies.

SOMMAIRE. — Les phobies sont fonction : 1° de l'émotivité; 2° de la faculté de contrôle. — Variation de ces deux facteurs. — Leurs rapports. — Leur valeur respective. — Au point de vue pratique l'étude étiologique des phobies se limite aux causes pathologiques qui exagèrent l'émotivité.

Nous avons cherché à établir jusqu'ici la synthèse des phobies en partant de l'instinct de conservation, et nous avons admis que ces peurs morbides étaient dues à une déviation de cet instinct. Nous avons étudié ensuite si la peur, dictée par cet instinct conservateur, consistait uniquement en un phénomène psychique. Nous croyons avoir montré qu'il s'y surajoutait un phénomène somatique d'origine sympathique. Il nous reste à étudier maintenant le mécanisme psychologique de la peur et des phobies, et à rechercher quelles sont les modifications subies par les facteurs psychiques de l'émotivité normale.

L'impression qui doit résulter d'une sensation est sous la dépendance de deux facteurs : 1° l'intensité avec laquelle cette sensation s'offre à l'esprit; 2° la façon dont ce dernier la reçoit et l'emmagasine, c'est-à-dire les

modifications qu'il lui fait subir. Comme les phobies ne sont que la reproduction systématique d'une émotion exagérée, il semble rationnel de mettre leur production chez un individu sous la dépendance des deux facteurs indiqués. Elles seraient donc fonction : 1° *de l'émotivité*; 2° *de la faculté de contrôle*. Les conditions les plus favorables sont réalisées quand le premier facteur est exagéré et le second diminué ou disparu.

Ces deux causes sont le plus souvent réunies : il est juste en effet de penser que dans un esprit en proie à une émotion violente, le pouvoir rectificateur pourra être fortement ébranlé. Toutefois leur association n'est pas nécessaire au point de vue théorique; mais tandis que la diminution du pouvoir de contrôle peut être seule modifiée dans un esprit plus ou moins malade, il semble que l'exagération de l'émotivité, par la perturbation violente qu'elle amène dans l'esprit prédisposé ou affaibli, entraîne nécessairement une diminution du second facteur. Chez l'individu sain, une émotion violente pourra être combattue par la raison qui réduira l'impression à ses justes proportions, mais chez le prédisposé, à la désorganisation physique se joint la désorganisation intellectuelle, et dans le perpétuel conflit entre une sensibilité qui s'offre à toutes les émotions et un raisonnement chancelant, c'est la sensibilité qui l'emportera : elle grandira à plaisir les impressions, le pouvoir de contrôle sera impuissant à s'opposer à son action.

Marrel (1), dans sa thèse, pense que la diminution

(1) Marrel, thèse, Paris, 95.

de faculté de contrôle est surtout fonction de la dégénérescence; mais quant à l'excès d'émotivité, il ne le rattache à rien de précis. Or, si au point de vue théorique nous avons admis que dans certains cas l'impression laissée par une émotion peut être exagérée par suite de la diminution seule de la faculté de contrôle et que dans d'autres cas, il peut y avoir à la fois exagération de l'émotivité et diminution du pouvoir rectificateur de la sensation, nous ne croyons pas qu'au point de vue pratique pareille distinction puisse être permise. Aussi ne pensons-nous pas comme Marrel, que l'on puisse diviser les prédisposés aux phobies en deux classes : 1° les dégénérés (c'est-à-dire, d'après cet auteur, ceux chez qui la faculté de contrôle seule est diminuée), et 2° les non équilibrés, qui comprennent les émotifs et les intellectuels. Pour nous, les dégénérés sont tout aussi émotifs que les non équilibrés; « l'exagération des signes physiques de l'émotion », « la lutte angoissante », symptômes de la crise phobique, sont d'ailleurs classés par Magnan, parmi les syndromes de dégénérescence. Quant aux « non équilibrés » de Marrel, ils ne sont autres que les dégénérés supérieurs de Magnan.

Aussi pensons-nous que la production des phobies est soumise à l'action simultanée des deux facteurs suivants : 1° *l'exagération de l'émotivité* qui par son intensité amène, 2° *la diminution du pouvoir de contrôle* que l'esprit exerce sur les sensations qui lui viennent du dehors et qui lui sert à modifier l'impression qui doit en résulter.

Ces deux facteurs agissent toujours ensemble et toujours dans le même ordre, nous ne croyons pas qu'on

puisse séparer leur action. Ils agissent d'ailleurs toujours *suivant un rapport inverse*. Chez l'enfant, au début, l'émotivité est considérable alors que le pouvoir de contrôle est nul ; mais à mesure que la raison se développe, l'esprit commande de plus en plus aux sensations et l'émotivité diminue, si bien que, à l'âge adulte, les deux facultés forment un rapport dont les deux termes sont égaux. Mais dans la vieillesse, l'émotivité reprend le dessus, l'équilibre s'est rompu.

Les grands artistes, les grands poètes ont été grands parce que le raffinement de leur esprit leur permettait de sentir ce qui ne pouvait émouvoir la sensibilité plus obtuse de la généralité. Après avoir été à la recherche d'impressions et de sensations nouvelles pour les revivre ensuite à l'exemple de nos phobes avec une émotion qui augmentait chez eux l'intensité de l'impression primitive, certains d'entre eux, les accueillant parfois toutes avec un égal empressement, ont fini par voir s'émousser en eux la faculté de discernement. A force de vibrer à toutes les émotions, ils ont vibré à contre-temps : l'aliénation mentale les a emportés et détruits ; leur émotivité les a perdus.

Bien différents, au contraire, nous apparaissent les savants aux raisonnements positifs et froids. Chez eux, l'émotivité n'est pas capricieuse, et les moindres sensations ne sont enregistrées par leur cerveau qu'après un examen rigoureux ; aussi leur émotivité s'est-elle considérablement affaiblie à mesure que leur puissance de contrôle s'accroissait ; ils ont perdu la spontanéité de l'émotion. Le mathématicien Gauss, occupé à résoudre un problème, ne répondit-il pas, quand on vint lui dire

pour la troisième fois que sa femme qu'il chérissait, allait mourir : « Dites-lui qu'elle attende que je vienne ! »

Donc, d'une manière générale, *quand le pouvoir de contrôle s'exagère, l'émotivité diminue secondairement, et au contraire elle augmente à mesure et parce que la puissance de correction disparaît*. Ce n'est qu'exceptionnellement que l'on peut allier à la grande puissance d'émotion de l'artiste le raisonnement logique du savant.

Comme conclusion pratique de cet exposé psychologique, nous voyons que l'étude de l'étiologie des phobies se réduirait en somme à la recherche des variations du rapport dont les deux termes sont l'émotivité et la faculté de contrôle. Mais comme les modifications du pouvoir de contrôle retentissent inversement sur l'émotivité, il ne nous paraît pas nécessaire de les étudier. La tâche serait d'ailleurs un peu ardue ; aussi croyons-nous seulement utile de rechercher les conditions qui peuvent faire varier le pouvoir émotif des individus. En effet, que l'exagération de l'émotivité soit due à une diminution du pouvoir de contrôle, ou au contraire qu'elle soit primitive, elle n'en tient pas moins la place prépondérante dans la production des phobies. Aussi l'étude étiologique des cas de phobies que nous avons réunis, consistera-t-elle spécialement dans la recherche des phénomènes morbides qui ont permis la production de cette émotivité pathologique.

DEUXIÈME PARTIE

ÉTUDE ÉTIOLOGIQUE

SOMMAIRE. — Influence comparative des différents facteurs étiologiques : l'hérédité, les névropathies, les maladies infectieuses, les intoxications, les maladies du sang, la puberté. — Phobies sans cause appréciable. — Etiologie générale : conditions d'âge, de sexe, de milieu, de niveau intellectuel, de climat..... Conclusion.

Le champ de l'impressionnabilité cérébrale est également accessible à toutes les émotions, et toutes peuvent s'y greffer avec une égale intensité : c'est pourquoi nous avons employé jusqu'ici le terme général d'émotivité, qui ne signifie, en réalité, que la faculté de réagir à une émotion sans spécifier quelle est cette dernière. Il convient maintenant de préciser.

Pour qu'une émotion violente amène chez un individu la production d'une phobie, il ne faut pas que cette émotion soit quelconque, il faut que ce soit *une peur*. C'est la peur, en effet, qui se retrouve à l'origine de toute phobie, c'est elle qui, sous forme d'une angoisse violente, constitue l'élément essentiel et caractéristique de la crise de phobie. De ce fait qu'un individu présente une émotivité exagérée, c'est-à-dire est enclin à la

peur, il est par cela même en puissance de phobie. Il faut donc rechercher parmi les facteurs de l'émotivité pathologique ceux que l'on retrouve le plus souvent à l'origine des phobies.

A. Hérité. — L'état psychologique d'un individu est un système très complexe, un mécanisme délicat dont le bon fonctionnement est lié à l'intégrité de tous les rouages, de toutes les courroies de transmission qui établissent une communication entre les différents centres de perception et d'élaboration cérébrales. Or, cette intégrité du mécanisme psychique, de conservation si délicate, peut subir les impressions les plus diverses. On connaît le lien étroit qui unit le physique au moral, et on devine l'importance des lésions organiques dans la production des troubles cérébraux. D'autre part on sait avec quelle intensité les tares héréditaires se transmettent d'individu à individu : aussi ce mécanisme cérébral, par sa finesse et sa complexité uniques dans l'organisme, sera-t-il le premier désigné pour être impressionné par elles. Dans quelles mesures les résultats de nos recherches sont-ils venus confirmer ce raisonnement?

Parmi les 160 observations que nous avons recueillies, nous avons trouvé dans 40 cas une *hérédité pathologique prouvée, c'est-à-dire dans le quart des cas* ! Dans 16 cas, un ou plusieurs parents de nos phobes avaient présenté une peur morbide accompagnée d'autres phénomènes morbides. Dans les 24 autres cas, les ascendants ou les collatéraux étaient atteints de troubles nerveux graves.

Comment s'était produite, dans les 16 cas, cette transmission héréditaire d'une phobie?

Dans 12 cas, la phobie s'est transmise intégralement, sans changer de nature : un malade présente la peur des contacts ; son fils et son neveu en sont également atteints ; un jeune homme est agoraphobe, sa mère l'a été.

Comment expliquer cette hérédité directe? Il y a trois hypothèses : a) Il peut y avoir eu *imitation* : l'enfant, avec son impressionnabilité excessive, voyant l'angoisse qu'éprouve son père ou sa mère à la vue d'un chien ou d'un chat, croira à un danger pour lui-même et présentera bientôt la même répulsion. Cette interprétation pourrait être plausible pour certaines peurs banales comme presque toutes les femmes en ont (araignées, souris...) ou chez certaines hystériques, mais nous ne croyons pas devoir l'adopter d'une façon générale et surtout lorsqu'il s'agit d'une angoisse aussi tenace et aussi intense. Aussi ne nous rangerons-nous pas à l'avis de M. Féré quand il dit : « Il est certain que diverses peurs malades se montrent chez plusieurs membres d'une même famille ; mais chez l'homme ces faits ne sont pas capables de prouver la nature héréditaire de l'émotivité morbide, parce qu'il est à peu près impossible d'établir que la narration de ces accidents n'aura pas provoqué des associations chez les jeunes (1). » — Il est vrai que M. Féré atténue son affirmation en citant le cas d'une peur des bouchers, héréditaire chez une famille de chiens, ce qui lui fait

(1) Féré : *Pathologie des Emotions*, p. 425.

penser que l'hérédité de la peur morbide paraît être prouvée chez les animaux : pourquoi alors la refuser à l'homme?

Il y a d'ailleurs d'autres faits qui s'opposent à cette hypothèse. Comment expliquer par l'imitation ce cas du physicien Brewster (cité par Féré lui-même), chez qui la peur d'être noyé se transmet chez ses descendants même alors qu'ils étaient trop jeunes pour savoir que d'autres l'avaient eue? Nous connaissons d'ailleurs une dame qui a peur des pointes, et ses neuf enfants en sont exempts.

b) Nous ne croyons pas davantage à l'influence favorisante de l'éducation : car les malades ont conscience de leur état, ils mesurent la vanité de leurs craintes et les raisonnent ; ils ne mettront certes pas leurs enfants en garde contre les dangers imaginaires qui les menacent.

c) Nous croyons plutôt à une *transmission de terrain* : le fils d'un agoraphobe aura tendance à le devenir parce qu'il sera, par sa naissance, en puissance d'agoraphobie. Ainsi s'expliquent le cas du physicien Brewster, cité plus haut, ou cette peur des boucheries héréditaire chez toute une famille de chiens et qui se manifesta chez l'animal la première fois qu'il vit une boucherie ; c'est ce que prouvent encore ces familles dont tous les membres ont peur du sang ou des liquides. Enfin, n'attribue-t-on pas la frayeur de Jacques I^{er} pour les épées nues à ce que, pendant que Marie Stuart le portait dans son sein, elle vit son ami Rizzio percé d'un coup d'épée à ses côtés? Le fait même que le fils d'un agoraphobe par exemple aura peur, non plus des espaces vides

mais de l'obscurité, vient confirmer cette hypothèse de la transmission d'un terrain.

C'est ainsi, d'ailleurs, que nous comprenons et que nous interprétons les 24 autres cas de troubles nerveux familiaux : car une sensibilité exagérée accompagne souvent une mentalité chancelante, stigmate d'une tare nerveuse. Telle femme qui a peur des espaces fermés (claustrophobes) a une fille épileptique et un fils idiot, telle autre devenue agaraphobe après un accouchement laborieux, compte quatre ou cinq aliénés dans sa famille. De même, ce lieutenant (cité par Legrand du Saulle) qui n'a peur de rien quand il est en uniforme, mais ne peut traverser une place quand il est en bourgeois, a été choréique dans sa jeunesse, son père est mort d'apoplexie, sa mère avait des attaques convulsives, et il a une cousine germaine aliénée.

Dans toutes ces observations nous retrouvons la même chose : que ce soient les parents ou les cousins qui aient été malades, peu importe, la tâche n'en existe pas moins sur la famille, et elle s'étend souvent fort loin. Ainsi le prouve l'observation de cette jeune femme qui n'avait pu se tenir debout (stasophobie) pendant cinq ans : son père était buveur, son frère était neurasthénique et avait été astasique pendant deux ans, enfin elle avait une nièce qui avait été également stasophobe pendant deux années.

M. Féré nous explique ainsi la production d'une phobie chez de pareils esprits. « Qu'un individu prédisposé par l'hérédité ou la dégénérescence, convenablement préparé par un état de dépression physique, éprouve une émotion pénible au milieu d'une place, cette cir-

constance de lieu peut s'associer si définitivement à l'émotion pénible que la vue, la représentation de cette place pourra amener constamment et définitivement l'émotion. L'individu affecté a beau comprendre que la vue de la place ne comporte aucune émotion, celle-ci se reproduit d'une manière réflexe (1). »

Il semble que cette hérédité soit un filet qui s'abat sur les familles ; quelques membres peuvent s'échapper par les mailles trop lâches : ceux qui restent gardent toujours une empreinte qui, si elle ne se découvre pas dès la naissance, apparaîtra plus tard soit d'elle-même soit sous l'influence de causes provocatrices que nous étudierons.

Si nous avons insisté sur son importance dans l'étiologie des phobies, c'est que par sa fréquence, elle se présente à nous comme un des premiers facteurs de leur production et que, par sa ténacité, contrairement aux autres causes que nous étudierons, elle favorise chez les descendants directs ou collatéraux, la production de troubles nerveux analogues. *A priori*, notre conclusion pouvait se deviner ; mais il importait de savoir comment pareille cause agissait : c'est ce que nous avons voulu rechercher. Nous croyons que tous les héréditaires nerveux sont prédisposés aux phobies (comme d'ailleurs à tous les autres troubles mentaux) et nous pensons que chez le quart au moins des phobes, on trouve une tare ancestrale. Que trouve-t-on chez ceux des trois autres quarts ?

(1) Féré : *loc. cit.*, p. 420.

B. Névropathies. — Après les héréditaires proprement dits, sur lesquels les troubles nerveux familiaux ont profondément déteint, viennent en seconde ligne ceux qui ont une maladie nerveuse qui leur est propre. Tandis que chez nos premiers malades nous ne trouvions rien autre qu'une hérédité manifeste et chargée, sans autre spécialisation de la tare dégénérative sur le système nerveux, dans la seconde catégorie, au contraire, sans rejeter toute influence héréditaire, nous pouvons mettre une étiquette qui donne au trouble nerveux une individualité que ne possédaient pas les premiers sujets. Nous entrons alors dans la catégorie *des hystériques, des neurasthéniques, des nerveux* (terme vague qui semble indiquer seulement les individus ayant une légère déséquilibration cérébrale), *des épileptiques et des aliénés avec 25 observations*. Nous n'avons trouvé qu'une observation d'épileptique agoraphobe, et encore n'avait-il eu que quelques crises dans sa jeunesse. Nous avons réuni par contre 8 observations de phobies chez des aliénés, 4 neurasthéniques, 6 hystériques et 6 nerveux prédisposés. Cette production des phobies chez les hystériques ne nous surprend pas ; car chez elles, comme le dit M. Pierre Janet, « presque toutes les émotions simples : la joie, la gaieté, la surprise, la peur, etc. . . , peuvent se développer . . . et chacune de ces émotions envahira totalement l'esprit avec cette exagération et cette régularité (1). »

Quant à ces malades que nous appelons « nerveux » ce ne sont probablement que des fils d'émotifs, ou des

(1) Pierre Janet, *Les hystériques, Stigmates Mentaux*, p. 222.

faibles, des surmenés, des sensitifs, chez lesquels l'émotivité exagérée, pour des raisons que nous ne pouvons apprécier exactement, constitue le seul trouble mental. Mais si par suite de surmenage, de privations, de chagrins, on devient neurasthénique, si une légère hyperexcitabilité nerveuse peut être idiopathique, on devient difficilement hystérique du jour au lendemain : aussi, parmi nos 6 observations d'hystériques, trouvons-nous des antécédents chez 4. Quant à l'épileptique à n'en pas douter, c'était un héréditaire.

Une chose, cependant, nous a surpris : c'est de ne pas trouver plus d'observations de phobies chez des neurasthéniques avérés. Pourtant MM. Beard, Mathieu, Bouveret, font des phobies, un symptôme de neurasthénie. Nous parlerons plus tard de l'influence des excès (aussi bien de travail que de plaisir), des abus de thé, de café, etc... Faut-il faire de ces malades, des neurasthéniques? D'autre part, les auteurs qui ont étudié la neurasthénie indiquent comme facteurs principaux de cette dernière : 1° la prédisposition héréditaire; 2° les facteurs personnels prédisposants. Or, ces derniers sont justement les excès de toutes sortes, les chagrins, si bien que nous ne voyons pas nettement la délimitation exacte entre la simple faiblesse morale due à une intoxication par le thé et le café, chez un homme absolument sain, et « l'épuisement nerveux » dû aux mêmes causes agissant chez un prédisposé héréditaire. Les partisans de la dégénérescence feront du malade un dégénéré héréditaire, ceux de la neurasthénie en feront un neurasthénique, le plus grand nombre enfin en fera un affaibli prédisposé passagèrement par ses excès. Nous dirons

plus loin ce que nous en pensons, mais nous constatons une fois de plus l'influence prédominante de l'hérédité, puisque dans ces 25 observations de phobies ayant du trouble nerveux, elle a su marquer la plupart de son empreinte. Dans les 65 observations analysées jusqu'ici, elle occupe donc la plus grande place comme facteur étiologique.

G. Maladies (surtout infectieuses). — Y a-t-il une autre cause qui lui dispute ce rôle jusque-là prépondérant? Il semblerait que oui. Nous avons trouvé, sur les 160 observations réunies, 29 cas de phobies dont le développement semblait imputable à une maladie autre qu'une lésion nerveuse, mais presque toujours à une maladie de nature infectieuse : que ce soit une suppuration ou une typhoïde, ou une rougeole. Il est même intéressant de constater que c'est dans la convalescence ou parfois longtemps après la guérison que se développe le plus souvent la phobie. Morel raconte qu'il fut atteint passagèrement de la peur des hauteurs et des précipices pendant une convalescence de typhoïde; Ball cite l'observation d'un jeune homme qui fut atteint du délire du toucher puis de claustrophobie à la suite d'une blennorrhagie; Gélineau rapporte un cas d'agoraphobie d'origine rhumatismale, etc... Enfin, nous-même, chez une dame de 32 ans, marchant difficilement par suite d'une atrophie de la cuisse consécutive à une hydarthrose, avons observé une peur très accentuée des voitures. Cette peur se manifesta il y a trois ans, c'est-à-dire un an après l'hydarthrose et disparut il y a quelques mois seulement, lorsque notre malade com-

mença à marcher plus facilement. Bonnier cite de même l'observation d'un agoraphobe brightique qui guérit de son agoraphobie et de son brightisme par le lait.

C'est dans cette catégorie des phobies liées à des maladies (infectieuses ou non), que nous avons rangé les observations publiées dans la thèse de Brun, observations d'agoraphobie liée à une maladie de l'oreille. Or, ces caries du rocher et ces scléroses du tympan sont le plus souvent d'origine infectieuse. Nous retrouvons d'ailleurs dans les antécédents de plusieurs malades des écoulements d'oreille, des angines, des attaques de grippe. Nous avons observé, nous-même, une malade chez qui une émotivité exagérée apparut pendant la période de suppuration d'une fistule anale et rétrocéda après guérison de la fistule. •

L'influence favorisante de ces maladies ne fait donc aucun doute, et si ce sont surtout des infections que nous retrouvons le plus souvent à l'origine des phobies, c'est que, par leur nature même, elles se diffusent dans tout l'organisme et mettent tous ses éléments en état de moindre résistance : et c'est précisément pendant la convalescence, lorsque l'organisme est affaibli par la lutte qu'il vient de soutenir, que les peurs morbides peuvent s'installer plus facilement sur ce terrain tout préparé.

Les maladies infectieuses peuvent agir suivant un autre mode : chez plusieurs malades, nous avons trouvé mention d'antécédents névropathiques héréditaires ; nous avons vu par exemple une rougeole favoriser l'éclosion de la phobie de l'obscurité chez un enfant

dont le père avait peur des insectes. Nous connaissons d'autres cas analogues. Il semble donc que ces maladies intercurrentes viennent, comme d'un coup de fouet, réveiller et faire évoluer chez un individu les syndromes de dégénérescence jusque-là invisibles.

Cette seconde hypothèse n'infirme en rien la première, et nous restons convaincu de l'action favorisante individuelle des maladies infectieuses sur l'éclosion des symptômes de l'émotivité pathologique. Nous pensons pouvoir en donner une preuve : nous prendrons comme exemple la rage. La rage « est une maladie mentale au premier chef (1) » ; c'est de plus une maladie infectieuse (son mode de transmission le prouve) qui produit une inflammation cérébrale dans le système sensitif ; il en résulte une hyperesthésie sensorielle qui amène un excès d'émotivité.

De même qu'il y a hyperacousie, il y a une hyperesthésie de la vue à laquelle est due justement l'hydrophobie : ce qui fait peur aux enragés, c'est le brillant de l'eau : cette peur d'origine visuelle se généralise à tel point que tout objet brillant amène chez le malade un état d'anxiété douloureux et intense. La mort arrive d'ailleurs avec tous les symptômes d'une intoxication portée au plus haut degré (Sheynes-Stockes, fièvre, etc.) La rage étant une maladie que l'on peut reproduire expérimentalement, on peut donc produire à volonté, chez un animal, une infection qui amènera presque à coup sur chez lui la production d'une phobie.

(1) Prof. Pierret *in* Cours des maladies mentales de 1899, Lyon.

D. Intoxications. Nous pensons devoir rapprocher de l'action des maladies infectieuses celle des intoxications proprement dites : que nous ayons affaire à des poisons microbiens ou à des poisons absorbés en nature, l'effet devra être sensiblement le même. Aussi identifions-nous, au point de vue de leur action sur le système psychique les toxines microbiennes et les poisons sécrétés par un organisme surmené, ainsi que les boissons toxiques. Nous aurons alors en vue les cas d'émotivité morbide survenus aussi bien après des excès de thé, de café, d'alcool, qu'après du surmenage physique et intellectuel : car de même qu'un muscle est imprégné de poisons après un long travail, de même la cellule nerveuse sècrète des toxines sous l'influence d'un travail cérébral exagéré. Ainsi s'expliquent ces accès de phobie survenant temporairement à la suite de la préparation d'un examen, cette peur d'être contaminé par le pus chez un étudiant en médecine fatigué par un surmenage intellectuel, cas rapporté dans la thèse de Doyen.

Dans d'autres cas, c'est à l'abus de l'alcool qu'il faut rattacher l'origine de certaines phobies. Un des principaux caractères de l'attaque de *delirium tremens*, ce sont les hallucinations, qui ont cette particularité d'être toujours agressives et de s'accompagner d'une angoisse intense. D'autre part, Marrel cite dans sa thèse l'observation d'un employé de 35 ans, agoraphobe depuis sa jeunesse qui, s'étant adonné à l'alcool, vit à ce moment son agoraphobie s'accroître pour revenir à son état primitif lorsque le malade eût cessé ses excès.

Nous avons réuni ainsi 11 observations de phobies dues à des intoxications et à des excès.

E. Maladies et troubles du sang. Nous croyons devoir réserver une place spéciale aux maladies du sang et aux phénomènes physiologiques dont il constitue le principal élément (puberté, menstruation...)

Nous avons réuni 16 observations de ce genre. La puberté a eu, dans plusieurs cas, une influence favorisante manifeste. Elle constitue, en effet, une crise à la fois organique et psychique et réalise ainsi le maximum des conditions prédisposant à l'installation des psychoses. La ménopause joue un rôle analogue, nous avons d'ailleurs trouvé des observations qui le confirment. Mais le plus souvent, les malades, généralement émotives, étaient en proie à leurs terreurs morbides pendant la durée de l'écoulement menstruel dont la disparition amenait celle de leur phobie. Cette influence des règles a été signalée par Marcé : « La menstruation, dit-il, est, une époque dangereuse qui rend la femme plus nerveuse et plus accessible à toutes les émotions. On a cité des faits où des femmes, d'ailleurs bien portantes, étaient prises au moment des règles, non seulement d'une impressionnabilité excessive, mais encore d'un trouble momentané des facultés intellectuelles disparaissant avec l'écoulement périodique » (1).

Les métrorrhagies favorisent également l'émotivité morbide. Nous connaissons une dame chez qui l'apparition de la peur des pointes fut précédée de pertes abondantes.

(1) Marcé : *Traité des maladies mentales*, pages 142.

Enfin, la chlorose, l'anémie soit par les troubles menstruels qui les accompagnent ordinairement, soit par les lésions du sang qui les caractérisent, se retrouvent fréquemment à l'origine des phobies. Leur mode d'action peut s'expliquer de deux manières : ou bien, par le fait même que le sang est malade, le système nerveux, auquel il apporte ses aliments, se trouve en état de déchéance et par suite prédisposé ; ou bien, si nous invoquons la théorie nouvelle qui veut assigner à la chlorose une origine infectieuse, nous rentrons dans le cadre précédemment étudié des maladies microbiennes.

F. — *Phobies sans causes pathologiques appréciables.*

— Nous arrivons maintenant à toute une catégorie de phobies dont l'origine essentielle nous échappe ; nous avons réuni 40 observations de ce genre. La moitié sont survenues à la suite d'une émotion vive sans que le malade ait présenté la moindre prédisposition pathologique. C'est ainsi qu'une femme qui mangeait du poisson frit quand on vint lui apprendre la mort de son mari, ne put, depuis ce moment, sentir sans accès d'angoisse intense l'odeur de friture (Féré) ; c'est le cas de ce Suisse qui, après une chute dans un escalier, un couteau à la main, ressentit consécutivement une peur de toucher des objets tranchants, même sa hallebarde (Morel).

Mais d'autres fois nous n'avons pas retrouvé d'émotion primitive : ce sont, par exemple, les cas (cités par Legrand du Saulle) de ce professeur d'agriculture subitement pris au milieu de son cours de la peur des espa-

ces ; de cet employé de chemin de fer qui, subitement, se met à rester au lit parce qu'il a peur dans la rue.

Comment expliquer ces différents cas de phobies ? Quand il y a eu une émotion primitive, on peut admettre à la rigueur qu'elle a suffi à elle seule, grâce à son intensité et à une association d'idée ultérieure, pour déterminer l'éclosion d'une phobie ; encore faut-il supposer que l'esprit ait été un peu prédisposé par des causes qui nous échappent. Mais cette hypothèse n'a plus de valeur quand on veut expliquer la genèse de phobies analogues à cette bacillophobie essentielle chez une dame de 38 ans, très spirituelle, très intelligente, femme du monde accomplie, sans tare aucune, peur survenue à la suite de la lecture des œuvres de Pasteur, et qui résista à tout traitement (Gélineau). Il y a certainement dans ces cas un élément étiologique inconnu, dont la signification nous échappe totalement. Nous déclarons, pour ce qui nous concerne, que nous ne pouvons les expliquer en invoquant les facteurs étiologiques précédemment étudiés.

G. Etiologie générale. — Il nous reste à rechercher maintenant quelles sont les conditions d'âge, de sexe, de niveau intellectuel, etc., qui sont le plus favorables à l'éclosion des phobies.

a) Sexe. — Legrand du Saulle a trouvé 4 hommes contre 1 femme. Westphall et Brown-Sequard ont surtout observé des hommes, et Cordes sur 29 cas n'a observé qu'une femme. Parmi les 160 observations que nous avons réunies, il se trouve en moyenne 2 femmes contre 1 homme et MM. Pitres et Régis, dans leur rap-

port au congrès Moscou ont trouvé parmi 250 observations une proportion de 3 femmes contre 2 hommes. En fait, rien de précis.

b) Age. — Ces derniers auteurs admettent d'autre part que c'est dans la période moyenne de la vie, entre 20 et 55 ans, que se développent surtout les états anxieux. Nous avons trouvé néanmoins 15 cas de phobies chez des vieillards, mais nous n'en avons trouvé que très peu chez des jeunes enfants. MM. Magnan et Legrain prétendent cependant avoir « trouvé l'obsession et l'impulsion dès la première enfance. Leur apparition à la puberté est d'une fréquence extrême ; un de nos malades avait à six ans la crainte du toucher, un autre à la même époque la terreur angoissante des chiens et des miroirs » (1).

c) Races. Gélineau veut faire intervenir la question de races, et les plus prédisposés seraient d'après lui les Juifs, les Slaves et les Américains.

d) Milieu. Il paraît prouvé que c'est dans les grands centres, parmi les agglomérations d'individus que l'on trouve le plus de phobies : cela s'explique par ce fait que c'est dans les grandes villes que l'on trouve le plus de dégénérés ; de neurasthéniques, toutes ces victimes du progrès, et qu'enfin il y existe des foyers permanents de maladies infectieuses.

e) Niveau intellectuel. — Quant à l'influence des professions elle n'est pas douteuse, et la plupart des observations que nous avons étudiées visaient des malades

(1) Magnan et Legrain : *Des Dégénérés*.

d'un degré social un peu élevé: il ne semble pas qu'il soit permis à tout le monde de s'offrir une phobie.

Il est d'ailleurs d'expérience médicale courante que les individus des basses classes ont une sensibilité bien plus émoussée que ceux des classes supérieures: c'est ce qui expliquerait d'après Legrand du Saulle que l'on retrouverait plus spécialement chez les premiers des phobies secondaires, c'est-à-dire liées à un état pathologique quelconque, tandis que les phobies primitives ou idiopathiques se retrouveraient plutôt parmi les professions libérales (artistes, ingénieurs, notaires, professeurs, etc...) Nous ne croyons pas que l'on puisse établir une distinction aussi nette.

f). Conditions climatiques. — Enfin, il ne faut pas négliger l'influence des conditions climatiques sur le développement de l'hyperexcitabilité nerveuse: c'est ce que prouve le cas du comte Chorinski, « qui, dit Legrand du Saulle, les jours d'orage, lorsque le ciel était sillonné d'éclairs, ressentait d'explicables terreurs, se roulait par terre et criait que le feu était partout. On était obligé de le maintenir alors dans la plus complète immobilité: son émotivité était extraordinaire. » Il est de connaissance usuelle d'ailleurs que par les temps d'orage certains sujets ressentent une irritabilité extraordinaire.

Conclusions. — Selon nous, toutes ces causes ne sont qu'accessoires et comme conclusion de cette étude de l'étiologie de phobies, nous dirons que, sur 161 cas les facteurs étiologiques que nous avons observés sont l'hérédité (40 cas), les névropathies (25 cas), les mala-

dies infectieuses (29 cas), les intoxications, les excès (11 cas), les maladies et les troubles de sang (16 cas). Il y a d'autre part un dernier groupe de phobies (40) à l'origine desquelles on ne trouve qu'une simple émotion, ou même qui ont évolué subitement, sans cause apparente.

Mais il est un résultat qui, d'après cette étude, nous semble acquis ; c'est que, à part ces derniers cas, d'ailleurs en minorité, les phobies semblent se produire sous l'influence de conditions bien déterminées. On peut dire que, d'une façon générale, *elles s'installent à la faveur de toute cause débilitante (hérédité, infection, intoxications, etc...) et souvent s'améliorent ou même disparaissent avec le processus morbide initial.* Les phobies ne sont donc pas, comme le prétend M. Duprat, « des états d'anxiété injustifiés qui naissent et disparaissent sans raison apparente (1). » Elles ont au contraire des conditions de production bien déterminées, sur lesquelles les recherches étiologiques précédentes nous ont bien fixé.

(1) Duprat, *loc. cit.* note de la page 146.

TROISIÈME PARTIE

ETUDE NOSOLOGIQUE

CHAPITRE PREMIER

Des états émotifs qu'il faut différencier des phobies

SOMMAIRE. — Emotivité due à des modifications dans les conditions normales de la vie, à des indispositions passagères... — Emotivité des hypocondriaques légers. — Les appréhensifs. — Folie du doute au début. — Il existe une « zone maniable » de l'émotivité. — Les peurs banales, les superstitions ne constituent pas des phobies. — Conditions de la phobie : longue durée, systématisation.

Nous avons étudié dans le précédent chapitre les causes auxquelles semble lié le développement des phobies. Il nous reste à rechercher ce qu'elles sont, quelle est leur valeur nosologique.

Nous savons déjà qu'au point de vue de leur nature intime, elles peuvent être considérées comme une manifestation exagérée et déformée de la réaction de défense qui caractérise tout être vivant. Aussi, d'une façon générale, les phobies ont-elles pour objet quelque chose

qui, à l'état normal, constitue une source même légère d'émotivité pour l'individu sain (l'obscurité, le feu, le vide, etc...).

Mais entre la peur normale et la phobie, il y a toute une série de troubles émotifs divers, d'intensité variable, qu'il importe de mettre à part. Leurs conditions de production sont multiples et semblent liées à toute une série d'états pathologiques. « Dans un organisme affaibli, la peur est toujours à l'état naissant », a dit M. Ribot. Cette opinion est vraie. En effet, l'exagération de la peur chez les débiles est générale, et il en est de même chez les malades et les convalescents, pour lesquels la conscience de leur propre faiblesse est une source d'appréhension exagérée.

A l'état normal d'ailleurs, sans que la maladie intervienne, la peur s'exagère facilement : que les conditions ordinaires de la vie soient un instant modifiées, qu'un homme, habitué à vivre avec toute sa famille, se trouve subitement seul dans son appartement, il ressentira malgré lui, sans savoir pourquoi, une certaine inquiétude : avant de se coucher, il ira voir si la porte est bien fermée, et si d'habitude il ne met pas le verrou, cette fois il le poussera. Le moindre bruit, le craquement d'un meuble, le tic-tac d'une pendule produiront chez lui des angoisses pénibles ; il s'endormira avec peine, et la nuit, il aura des cauchemars.

Il existe des cas analogues d'émotivité, cas fugaces, quoique intenses parfois, dus à des *troubles passagers*, surtout à des *troubles gastriques*, des *contrariétés*, des *insomnies*, « sous l'influence desquels, dit Féré, nous éprouvons une irritabilité particulière à la vue d'un objet

ou d'une personne qui d'ordinaire nous laissent indifférents, si nous venons à les considérer comme la cause de l'état émotionnel (1). »

Chez certains malades soumis à des causes d'affaiblissement prolongées (surtout des neurasthéniques, des arthritiques, des dyspeptiques), il existe un état d'appréhension permanent qui rend les sensations internes plus fortes et porte les malades à se préoccuper outre mesure de leur santé. Ils donnent à tous les troubles nerveux qu'ils ressentent une explication exagérée : les vertiges, la céphalée leur font craindre l'apoplexie, et ils se croient atteints de maladie de cœur quand ils ont des palpitations nerveuses. Dans *cette petite hypocondrie*, d'après M. G. Ballet : « l'idée hypocondriaque constitue moins une véritable conviction délirante qu'une appréhension, une crainte : l'esprit n'affirme pas, il doute : c'est une sorte de phobie, mais une phobie analogue aux autres phobies neurasthéniques, moins obsédante, moins angoissante que celles que l'on observe chez d'autres malades qui, douteux et appréhensifs, non par accident, mais par tare cérébrale originelle, présentent l'obsession à son état le plus accusé (2). » Or, cette classe des appréhensifs est immense : il semble que dans tous les états pathologiques liés à un certain degré d'épuisement, depuis le surmenage intellectuel passager jusqu'à la neurasthénie, en y joignant les convalescents et les débiles, il y ait une faculté de perception plus grande, un pouvoir

(1) Féré, *loc. cit.* p. 511.

(2) G. Ballet, *Leçons de clinique médicale*, 1897, p. 140.

amplificateur des mêmes émotions qui laissent l'homme sain insensible : ces malades sentent, comme l'on voit à travers une lentille.

Quelquefois, les malades ont nettement conscience de leur état, ont le pressentiment d'un *mal connu* en train de se développer. Ce passage de Taine, relatif à Swift, est particulièrement intéressant à ce sujet : « L'excès du travail et des émotions l'avait rendu malade dès sa jeunesse (Swift) : il avait des vertiges ; il n'entendait plus. Il sentait depuis longtemps que sa raison l'abandonnerait. Un jour, on l'avait vu s'arrêter devant un orme découronné, le contempler longtemps, et dire : « Je serai comme cet arbre, je mourrai d'abord par la tête. »... Son testament ouvert, on trouva qu'il léguait toute sa fortune pour bâtir un hôpital de fous (1). »

D'autres fois, les malades, encore au début d'une affection qu'ils ne peuvent déterminer et dont ils ne présentent, pour l'instant, que des symptômes légers, ont le pressentiment de la gravité *du mal inconnu* qui germe. Au début de sa paralysie générale, alors qu'on ne le considérait que comme un simple neurasthénique, Maupassant écrivait : « Je suis malade, décidément. Je me portais si bien le mois dernier ! J'ai la fièvre, une fièvre atroce, ou plutôt un énervement fiévreux qui rend mon âme aussi souffrante que mon corps. J'ai sans cesse cette sensation affreuse d'un danger menaçant, cette appréhension d'un malheur qui vient ou de la mort qui approche, ce pressentiment qui est, sans

(1) Taine, *Histoire de la littérature anglaise*, tome IV, p. 16.

doute, l'atteinte d'un mal encore inconnu germant dans la tête et dans le sang. » Le malheureux était en proie, lui aussi, à des accès de terreurs nocturnes, et au risque de paraître long, nous ne résistons pas au désir de citer ce passage tiré du *Horla*, aucune description ne pourrait égaler l'exactitude de cette analyse : « Vers dix heures, je monte dans ma chambre. A peine entré, je donne deux tours de clef et je pousse les verrous ; j'ai peur... de quoi?... Je ne redoutais rien jusqu'ici... j'ouvre mes armoires, je regarde sous mon lit ; j'écoute... j'écoute... quoi?... Puis je me couche et j'attends le sommeil comme on attendrait le bourreau. Je l'attends avec l'épouvante de sa venue, et mon cœur bat, et mes jambes frémissent, et tout mon corps tressaille dans la chaleur des draps jusqu'au moment où je tombe tout à coup dans le repos comme on tomberait, pour s'y noyer, dans un gouffre d'eau stagnante. »

Enfin, *au début de la folie du doute*, à la période que Legrand du Saulle appelle la période de « rumination psychologique », avant l'apparition du délire du toucher, l'esprit des malades se bâtit un échafaudage de peurs injustifiées et de scrupules irraisonnés : ils se posent à l'occasion des faits les plus simples une série de problèmes mystérieux qui finissent par s'imposer d'une façon tyrannique à leur esprit, les troublent et les jettent dans le plus violent désespoir. Leur imagination s'emballe sur une hypothèse futile et leur en applique toutes les déductions : ils auront peur qu'on les accuse d'assassinat, de viol, ils craindront d'avoir jeté à la poste une lettre non cachetée qui les compromettra, etc.

Ainsi, tous les faits d'émotivité exagérée sont fré-

quents : soit qu'ils se produisent sous l'influence de désordres organiques passagers (mauvaises digestions, etc.), ou par suite de modifications passagères dans les conditions habituelles de l'existence, ou soit qu'ils consistent en un état d'appréhension injustifié chez des hypocondriaques ou justifié chez des malades qui sont au début d'une affection grave, etc... Devons-nous ranger tous ces cas dans la catégorie des phobies ? Nous ne le pensons pas, et nous croyons qu'il est nécessaire de les en séparer. La confusion a été commise : il est difficile, d'ailleurs, d'établir une délimitation exacte.

En effet, tous ces malades *sont déjà en puissance de phobie* ; mais ce ne sont pas encore des phobes. Quand le deviendront-ils ? Il semble qu'il y ait, en appliquant ici l'expression que le professeur Bard emploie en hygiène, une *zone maniable* de l'émotivité, zone maniable dont le maximum seul nous intéresse, mais qu'il est fort difficile de déterminer. Nous croyons qu'entre une émotivité exagérée et une phobie, il y a la même relation qu'entre l'albuminurie symptomatologique d'une scarlatine et le mal de Bright consécutif. De même que l'albuminurie peut, par sa persistance, passer de l'état de simple symptôme à celui de maladie propre : le mal de Bright ; de même, la phobie n'est constituée que lorsque l'émotivité anxieuse atteint un degré de fréquence et d'intensité tel, qu'elle constitue une véritable maladie reléguant loin la cause favorisante ou productrice à laquelle elle était redevable de son apparition. Aussi, tous les troubles émotifs que nous avons étudiés ne constituent-ils que des possibilités de phobies.

Nous ne ferons pas plus grand cas de ces peurs banales, de tout le fatras des superstitions grossières qui assiègent les cerveaux faibles : des hommes, cependant, se sont évanouis devant une glace cassée ou une salière renversée, et on a créé le beau mot de treiskaidekaphobie ! De pareilles gens ont surtout besoin de discipliner leur raison. Nous ne nous arrêtons dans notre étude nosologique qu'aux cas d'émotivité pathologique intenses et permanents, dont l'angoisse et l'irrésistibilité constituent les phénomènes dominants, et dont les accès sont dépeints dans la citation de M. Bouveret, placée au début de ce travail.

CHAPITRE II

Nature des phobies

SOMMAIRE. — Les phobies appartiennent-elles *a*) au délire émotif (Morel), *b*) à la folie avec conscience (Ritti), *c*) à l'épilepsie larvée (Westphall), *d*) à la dégénérescence (Magnan), *e*) à la neurasthénie (Bouveret-Beard, etc.)? — Discussion de chacune de ces hypothèses. — Résultat négatif. — Conclusion : les phobies n'appartiennent à aucun des groupes morbides précédents; elles constituent une névrose spéciale.

Dans quel groupe des maladies mentales devons-nous ranger les phobies? Les interprétations n'ont pas manqué.

Dès le début de l'étude de la peur morbide, en 1866, Morel créait une forme de trouble psychique qu'il nommait le « *délire émotif* ». Il le définissait ainsi : « Les éléments qui forment la trame du délire que je désigne sous le nom de délire émotif, se composent de faits d'impressionnabilité et d'émotivité avec prédominance de certaines idées fixes, de certains axes anormaux, sans que l'on puisse arguer dans tous les cas, de la compromission forcée et absolue des facultés intellectuelles (1). Or,

(1) Morel, *Arch. gén. de médecine* 1866 : *Délire émotif*.

l'émotivité avec prédominance de l'idée fixe constitue la phobie.

Il nous semble difficile d'admettre l'existence d'un délire chez un individu avec persistance absolue de la conscience et de l'intelligence. Le caractère principal de la crise de phobie est que le malade, au milieu de l'angoisse qui l'étreint, a conscience de la lutte qui s'opère dans son esprit ; il perçoit ce qui se passe autour de lui, et quand la crise est passée, il en conserve un souvenir complet et il en redoute le retour. L'idée délirante, au contraire, s'identifie absolument à l'esprit qu'elle occupe tout entier, la conscience est abolie et l'accès disparaît sans laisser de souvenir : le malade a été retranché du monde extérieur pendant sa durée. Les phobes ne sont donc pas des délirants.

Nous pensons devoir appliquer les mêmes objections à la théorie de *M. Ritti* qui, en 1876, dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, traitait de l'agoraphobie à l'article *Folie avec conscience*. Que la ressemblance entre une phobie intense et la folie soit assez frappante pour que l'on soit tenté de faire de la première une forme de la seconde, le fait est possible, mais nous ne pensons pas qu'on les puisse identifier ; nous nous baserons pour cela sur leur origine.

Il est très difficile, en effet, dans certains cas, de marquer la séparation exacte entre une émotivité normale et une phobie. La zone maniable de l'émotivité est très élastique : où finit l'état normal, où commence l'état pathologique ? Problème. Il y a entre les deux états toute une série de degrés insensibles que l'on ne peut exactement différencier. Par contre, il

semble plus facile de déterminer la différence entre un aliéné et un homme dont l'intelligence est intacte, « si tant est, qu'un homme puisse être autre chose qu'aliéné ou non aliéné (1). » Dans tous les cas, il n'y a pas et il ne pourrait y avoir, comme pour l'émotivité, une zone maniable de l'aliénation mentale.

D'ailleurs, il y a des phobies très intenses, liées à un état infectieux passager ou causées par tout autre état pathologique, qui disparaissent avec la guérison de ces phénomènes morbides : considérer comme folie, ou même folie avec conscience l'état psychologique de ces malades est peut-être exagéré. Nous ne nions pas que certains phobes soient aliénés (il en existe des cas), mais alors, il n'y a que coexistence et non filiation, les phobies se développant fréquemment sur le même terrain que la folie.

D'ailleurs, qui dit folie dit hallucination. Or, le phobe qui a peur des épingles, par exemple, ne prétend pas, quand il repousse les mets suspects qu'on lui présente, qu'ils contiennent des épingles, mais qu'ils peuvent en contenir ; son esprit est donc absorbé non pas par la représentation d'une réalité, comme les fous, mais par l'idée d'une possibilité.

Les phobes ne présentent donc pas d'hallucinations : c'est d'ailleurs l'opinion de Beard, de M. Bouveret. MM. Pitres et Régis prétendent cependant que certains en ont : cela est possible, mais seulement, à notre avis, chez des malades atteints de phobies intenses liées à un profond état de dégénérescence. Ces auteurs ont

(1) Magnan et Legrain : *Les dégénérés*.

vu d'ailleurs des cas où les phobies se sont transformées en vésanies : les hallucinations ne se montreraient donc que dans les cas extrêmes voisins de la folie. Or, si l'on doit tenir compte de ces exceptions, elle ne peuvent servir de terrain à une discussion. L'esprit des phobes n'a pas, comme celui des aliénés, la faculté de créer son idée délirante ; il faut que l'occasion lui en soit présentée par le monde extérieur. D'ailleurs, dans sa définition de la folie avec conscience, M. Ritti ne mentionne pas l'angoisse, qui est la condition essentielle de la phobie.

Nous ne pensons donc pas que les phobies soient fonction de la folie, même de la folie avec conscience.

Westphal, en 1871, faisait de l'agoraphobie une forme légère d'*épilepsie larvée*. Mais ce qui caractérise l'épilepsie, c'est l'absence complète du souvenir de ce qui s'est passé. Dans l'agoraphobie, au contraire, le malade a parfaitement conscience des symptômes qu'il a ressentis : les phobes (car toutes les phobies se valent comme trouble psychique) ne sont donc pas des épileptiques. Toutefois, comme pour la folie, il peut y avoir coexistence de crises épileptiques et de crises d'angoisse : mais ce ne sera dans ce cas qu'une question de terrain.

Pour *Cordes et Legrand du Saulle*, l'agoraphobie serait constituée par un état permanent « *d'éréthisme cérébral* » caractérisé par une sensibilité telle que les impressions extérieures retentissent sur les centres psychiques d'une façon si violente que l'épuisement nerveux survient sur-le-champ. Ce n'est là qu'une

simple explication pathogénique qui ne nous renseigne nullement sur la nature de cet éréthisme cérébral.

Aucune des théories jusqu'ici étudiées ne nous a donc paru suffisante : celle de *M. Magnan* nous satisfait-elle davantage ? Ce n'est en tout cas qu'après en avoir fait une étude sérieuse, que nous nous prononcerons ; la doctrine de la dégénérescence ayant causé trop d'émotion dans le monde scientifique pour être traitée à la légère.

M. Magnan prétend que les phobies sont un *stigmate de dégénérescence*, c'est-à-dire sont fonction de tarés organiques intenses, inhérentes à la constitution même de l'individu et le plus souvent héréditaires et ineffaçables. Il met l'émotivité pathologique sous la dépendance d'un « état natif défectueux de l'organe cérébral ». « Les prédisposés maximum sont les dégénérés ; chez eux, la prédisposition, quelle qu'en soit la nature (héréditaire ou acquise), produit une perturbation profonde des fonctions psychiques. Ils ont acquis des stigmates permanents... Dégénérés par accumulation de tares héréditaires dans la presque totalité des cas, ils peuvent l'être pourtant quelquefois par l'intervention de moments étiologiques puissants dont l'action désorganisatrice s'exerce surtout aux époques de l'évolution cérébrale, c'est-à-dire dans la première enfance (maladies graves, variole, rougeole, typhoïde), s'accompagnant de lésions cérébrales irrémédiables (1). » *M. Magnan* admet donc comme facteurs principaux de la dégénérescence : l'hérédité et les maladies aiguës. Or,

(1) *Magnan et Legrain, — Les Dégénérés.*

nous avons vu que ces deux causes tenaient une place prépondérante dans l'étiologie des phobies : beaucoup de nos malades étaient fils d'alcooliques, d'épileptiques... et chez certains l'état pathologique des parents s'était reproduit avec la netteté d'un cliché vigoureux : les phobes avaient engendré des phobes, tandis que chez les autres, à l'exemple des manipulations que l'on fait subir aux clichés insuffisamment impressionnés, la tache dégénérative, trop faible pour apparaître d'elle-même, avait eu besoin de circonstances favorisantes pour se montrer avec toute son intensité.

C'est une interprétation évidemment très séduisante. Répond-elle à la réalité ? M. Magnan considère précisément ce qui caractérise l'émotivité pathologique : l'obsession, la lutte angoissante, l'exagération des signes physiques de l'émotion, comme des syndromes épisodiques de dégénérescence. Or, nous appuyant sur l'autorité de M. Luys, de M. Féré, de Lombroso, nous objecterons que chez ceux qui occupent à n'en pas douter la première place dans la grande classe des dégénérés véritables (les idiots, les aliénés, les criminels), on observe au contraire une très grande diminution de l'émotivité : tous les dégénérés ne sont donc pas des émotifs. Il reste à prouver la contre-partie, c'est-à-dire que tous les émotifs ne sont pas des dégénérés.

Nous avons trouvé d'abord un grand nombre de phobies qui n'étaient imputables ni à l'hérédité, ni à des maladies aiguës, et quant à ces dernières, nous avons admis précédemment qu'elles pouvaient avoir deux modes d'action : ou réveiller les syndromes de dégénérescence jusque-là invisibles ou exercer une

action propre sur l'organisme. M. Féré admet d'ailleurs que les craintes morbides se présentent à un certain degré dans tous les états de dépression : or, nous savons par expérience que rien ne débilite l'organisme comme les maladies aiguës : elles peuvent donc avoir une action propre en dehors de toute tare dégénérative.

M. Magnan nous répondra que dans ce cas les malades présentent des stigmates de dégénérescence acquis. Mais il existe des observations nombreuses où l'émotivité pathologique, quoique très intense, a été très fugace (par exemple l'agoraphobie passagère de Morel après une typhoïde), parfois elle disparaît d'elle-même, et souvent elle cède au traitement : or « les dégénérés ont acquis des stigmates permanents, » dit M. Magnan.

Nous pensons avoir eu confirmation de cette objection, à savoir que tous les phobes ne sont pas des dégénérés, en recherchant la quantité de guérisons mentionnées dans les observations, et en comparant entre eux les résultats obtenus pour chaque catégorie de phobies, ces dernières étant classées d'après leurs facteurs étiologiques. Ce que nous avons trouvé confirme en certains points la théorie de M. Magnan, mais ne détruit pas notre objection. Sur 160 observations, il a été mentionné 35 guérisons. Donc les phobes guérissent, et pourtant ils ne le devraient pas s'ils étaient des dégénérés. Quels sont ceux qui n'ont pas guéri? Ce sont surtout des héréditaires. Il semble donc vrai que les dégénérés ne guérissent pas, et il est fort probable que tous les autres malades ont guéri

parce qu'ils n'étaient pas des héréditaires et par suite enclins à la dégénérescence.

Les émotifs ne sont donc pas des dégénérés.

On n'a pas le droit d'ailleurs de considérer d'emblée comme dégénéré un malade qui devient agoraphobe parce qu'il a des lésions de l'oreille ou qu'il a eu une hydarthrose : aussi nous rangerons-nous à l'avis de M. Féré quand il dit : « Considérer tous les états émotifs comme des stigmates de dégénérescence nécessairement inaccessibles au traitement, constitue une doctrine non seulement erronée, mais néfaste (1) ». Nous reconnaissons cependant que beaucoup de phobies sont liées à des états constitutionnels (que ces derniers soient héréditaires ou accidentels), mais il y en a trop qui n'ont aucune parenté avec ces derniers états pour que nous puissions admettre la théorie de M. Magnan, qui nous semble être l'exagération de dispositions pathologiques existant chez quelques sujets seulement. Aussi ne l'accepterons-nous qu'en partie, et seulement pour ce qui concerne les phobies liées à des états héréditaires, ces dernières se trouvant être le plus souvent des phobies intenses et rebelles à tout traitement.

A cette théorie qui veut faire de tous les phobiques des dégénérés, une autre plus charitable, s'est opposée. Depuis Beard, tous les auteurs qui ont traité de *la neurasthénie* : MM. Bouveret, Mathieu, Ball, Féré ont considéré ces états anxieux comme faisant partie du cortège symptomatologique de cette névrose. Ferons-nous cause commune avec eux ? Ces auteurs, il est

(1) Féré : *Pathologie des Emotions*, p. 526.

vrai, bien que du même avis, quant au fond, se séparent par certains points de détail : tandis que M. Bouveret pense avec Beard et Zimsen que « tous ces états d'anxiété et même l'agoraphobie appartiennent bien plus à la neurasthénie qu'à la folie et même à la folie avec conscience (1) », et ajoute même « que l'anxiété neurasthénique est commune si l'on tient compte des formes atténuées », M. Mathieu fait une distinction entre les phobies simples qu'il rattache à la neurasthénie, et les phobies intenses qu'il considère comme liées à la dégénérescence. C'est déjà une première concession. Pour M. Levillain au contraire (auteur lui aussi d'un traité de la neurasthénie), les véritables phobies neurasthéniques consistent surtout en un état d'indécision et d'aboulie (qui se différencie de l'aboulie hystérique par l'absence d'impulsivité) et les peurs ne deviennent phobies vraies que chez les héréditaires. Il est très catégorique « chez les neurasthéniques, dit-il, il s'agit plutôt d'aboulies momentanées, d'inquiétudes plus ou moins pénibles, toujours conscientes, que le malade raisonne et essaye de fuir, comme il essaie de guérir son mal de tête ; elles produisent des appréhensions plus ou moins exagérées, mais elles ne prennent l'allure obsédante aiguë et tenace des véritables phobies psychologiques que dans les cas où l'hérédité complique la situation, à moins que la neurasthénie, par sa persistance, ses fréquentes rechutes et sa longue durée, n'ait elle-même développé un état psychopatique secondaire : en somme, elles n'appartiennent pas à la

(1) Bouveret, *La neurasthénie*, p. 97.

symptomatologie classique de la neurasthénie commune (1). »

Nous partageons cette opinion. Nous avons admis, en effet, avec M. Féré que les craintes morbides se présentent à un certain degré dans tous les états de dépression. Or, si la neurasthénie ou « épuisement nerveux » réalise à n'en pas douter un état de dépression typique, et par cela même favorise au plus haut point l'éclosion des phobies, elle ne constitue qu'une modalité de la prédisposition aux états anxieux, elle n'est qu'un cas de possibilité de phobie et doit se ranger, comme telle, à côté des autres facteurs de l'émotivité pathologique, sans diminuer en rien la valeur de ces derniers. Bien qu'on abuse un peu du mot neurasthénie, cette grande névrose possède cependant un ensemble symptomatologique bien défini, et si beaucoup de neurasthéniques présentent des peurs morbides, bien plus grand est le nombre des phobes chez lesquels on ne retrouve ni les troubles gastriques, ni le casque de la céphalée, ni la dépression mentale, ni l'impuissance génitale..., tous ces symptômes de la neurasthénie.

Pour la neurasthénie donc, comme pour la dégénérescence, il ne faut pas généraliser, et nous nous garderons bien de considérer comme neurasthéniques les malades qui sont en convalescence de typhoïde ou de grippe, ou qui présentent des métrorrhagies, uniquement parce qu'ils présentent une émotivité pathologique.

(1) Levillain, *La neurasthénie*, p. 151.

Il nous semble plus logique de *voir en eux de simples affaiblis*, chez lesquels la disparition de la confiance en la résistance que peut opposer leur organisme aux forces extérieures, amènera une exagération de la crainte. La mentalité de tous ces malades, même des neurasthéniques et des dégénérés, se trouvant ainsi en état de moindre résistance, une émotion violente, s'imposant soit subitement, soit progressivement à l'esprit, produira une perturbation complète dans la sphère sensitive. La réaction de défense, au lieu d'être modifiée par la volonté et la raison, atteindra d'emblée son maximum et elle le conservera. Comme l'explique Luys : « A l'état normal, les émotions succèdent aux émotions..., mais lorsque les conditions du substratum anatomique sont troublées par des perturbations morbides..., des états nouveaux se développent à la suite. Les éléments nerveux, une fois montés en période d'éréthisme, sont susceptibles de rester en quelque sorte polarisés dans cette phase nouvelle, et de continuer à vibrer alors que les causes de l'incitation première ont depuis longtemps disparu (1) ». Cette interprétation que Luys donnait pour expliquer la persistance des émotions chez les paralytiques généraux au début, nous semble devoir trouver parfaitement sa place ici. Elle est, selon nous, la source d'un double enseignement. A côté de l'explication pathogénique qu'elle contient et qui peut s'appliquer aux phobies (vibration anormale des éléments nerveux en éréthisme dans une direction déterminée), elle nous met sur la voie pour trouver leur

(1) Luys, *Traité des maladies mentales*, p. 117.

véritable nature. Nous croyons, en effet, que ce mouvement vibratoire, une fois constitué, peut, si l'état morbide persiste, ou si le malade est dans un état pathologique latent, acquérir une individualité nouvelle : il se développera, suivant l'expression de Luys, « des états nouveaux ».

Les phobies ne seraient donc autre chose que des *états nouveaux* qui se sont installés à la faveur d'états pathologiques précédemment existants (dégénérescence, neurasthénie et ses causes, maladies générales, intoxications, etc...), qui ont mis le système sensitif en état d'infériorité.

Nous avons vu un symptôme : l'albuminurie, devenir par sa persistance une maladie propre : le mal de Bright ; pourquoi une émotion exagérée ne pourrait-elle pas se superposer à l'état pathologique à la faveur duquel elle s'est installée ? Pourquoi, en un mot, les phobies ne constitueraient-elles pas, dans la grande famille des troubles nerveux, un groupe distinct ayant, comme toute maladie définie, une étiologie, une pathogénie, une évolution et même une thérapeutique qui lui soient propres ?

Dès 1877, Legrand du Saulle considérait l'agoraphobie comme étant « un état idiopathique, une névrose spéciale ». Il admettait, toutefois, que dans certains cas, elle ne pourrait être qu'un symptôme.

Freud, de Vienne, en 1895, reconnaissait la nécessité de différencier les phobies des différents troubles morbides avec lesquels on les avait confondues : « L'angoisse de cet état émotif qui est au fond des phobies, n'est pas dérivé d'un souvenir quelconque ; on doit bien se

demander quelle peut être la source de cette condition puissante du système nerveux. Il y a lieu, pour cela, de constituer une névrose spéciale : la *névrose anxieuse*, de laquelle cet état émotif est le symptôme principal (1). »

En octobre 1898, MM. Lannois et Tournier, dans un article sur les « lésions auriculaires causées d'agoraphobie » paru dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, pensent également qu'il faut « distinguer de la neurasthénie, comme névrose spéciale, ces états d'anxiété. Le terme *névrose d'angoisse* (nous) paraît convenir à cette névrose. Chez les dégénérés, chez certains héréditaires, les anxiétés se rattachent aussi à un état spécial mais différent par plus d'un caractère, et méritant souvent le nom de psychose d'angoisse. » D'après une communication orale du Dr Brun et relatée dans la thèse de ce dernier, M. Tournier trace même le tableau symptomatologique de cette névrose d'angoisse dont l'émotivité, l'irritabilité, la tristesse, les pleurs sans motif, les angoisses... constituent selon lui les caractères dominants, et à laquelle il attribue comme cause déterminante essentielle la non-satisfaction des besoins sexuels. Pour ce dernier point, nous avons pu connaître la vie intime de trois de nos malades : or, si l'une réalisait les conditions étiologiques voulues par M. Tournier, une autre, fille de 29 ans, péchait autrement que par continence, et la troisième, à 42 ans, en était à son douzième enfant. D'ailleurs, n'a-t-on pas signalé des cas de phobies liés à des excès vénériens ? Mais, passant outre cette question de détail, nous

(1) Freud, *Revue neurologique*, janvier 1895.

voyons que pour MM. Lannois et Tournier, comme pour Freud et même Legrand du Saulle, les phobies sont la manifestation d'une véritable entité nosologique.

Nous nous rangeons à cette opinion. Aussi pensons-nous que les phobies, quelque intimes que soient leurs rapports avec la dégénérescence, la neurasthénie, les névropathies etc., doivent être considérées comme une forme morbide spéciale ayant évolué chez des individus réalisant soit par leur passé, soit par leur hérédité, certaines conditions morbides qui constituent à côté des autres névroses, un état névropathique spécial à caractères tranchés (que ce soit la névrose anxieuse de Freud ou la névrose d'angoisse de MM. Lannois et Tournier), et dont tous les états anxieux ne sont que la manifestation.

Cette névrose n'est ni de la dégénérescence, ni de la neurasthénie, ni de l'épilepsie, mais elle évolue de préférence chez les dégénérés, les neurasthéniques, ainsi que chez tous les malades qui, par suite d'un état pathologique antérieur, se trouvent dans un état d'infériorité psychique caractérisé par une dépressibilité dans la sphère sensitive.

Telle est la conclusion à laquelle nous croyons devoir nous arrêter. Peut-être n'est-elle pas la vraie : dans tous les cas, elle s'est imposée à notre esprit tant par suite des indications que nous ont fournies les auteurs, que par l'examen des faits que nous a transmis leur expérience clinique.

CONCLUSIONS

L'instinct de la conservation de l'individu est le plus puissant des instincts. La peur en est la manifestation la plus générale. Elle constitue un phénomène psychique normal motivé par « la représentation d'un mal possible ». Mais l'esprit peut se créer à lui-même des dangers irréels, d'où production de peurs systématiques irraisonnées dues à une déviation de l'instinct conservateur : ces peurs morbides constituent les phobies.

Au point de vue physiologique, il existe dans toute peur deux phénomènes : 1° un phénomène psychique initial, cortical, pouvant être modifié par la volonté ; 2° un phénomène somatique consécutif, d'origine réflexe, de nature centrifuge, absolument involontaire, qui semble se passer dans le domaine du grand sympathique, et qui se traduit par l'angoisse, les palpitations, les sueurs, etc...

Au point de vue psychologique, la peur et les phobies sont fonction : 1° de l'émotivité ; 2° de la faculté de contrôle (représentée par la raison). Ces deux facteurs agissent toujours suivant un rapport inverse.

De l'examen de 160 observations de phobies, nous concluons que les peurs morbides s'installent presque

toujours sur un terrain préparé à l'avance par l'hérédité, les névropathies, les maladies infectieuses, les intoxications, etc..., en un mot, par toute cause de déchéance organique.

Mais il est certains cas d'émotivité pathologique existant surtout chez les hypocondriaques légers, les dyspeptiques, les gens présentant des troubles viscéraux passagers, les superstitieux, troubles émotifs qu'il faut différencier des phobies vraies dont ils ne présentent ni la durée, ni la systématisation, ni surtout l'intensité d'angoisse et l'irrésistibilité.

Les phobies ainsi caractérisées ne sont fonction ni du délire émotif (Morel), ni de la folie avec conscience (Ritti), ni de la dégénérescence (Magnan), ni de l'épilepsie larvée (Westphal), ni de la neurasthénie (Beard, Bouveret...). Elles constituent une entité morbide à caractères tranchés, une névrose spéciale, dont tous les états anxieux ne sont que la manifestation : la névrose d'angoisse (Freud, Lannois et Tournier).

VU :

Le Président de la Thèse,

LACASSAGNE.

VU :

Le Doyen de la Faculté,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- 1822 *Gall* : Fonctions du cerveau.
- 1844 *Ridard* : Ann. médico-psychologiques, t. III et IV.
- 1862 *Marcé* : Traité des maladies mentales.
- 1866 *Morel* : Du délire émotif : Archiv. gén. de méd.
- 1872 *Westphall* : Arch. für Psychiatrie.
- *Cordes* : Arch. für Psychiatrie.
- *Weber* : Agoraphobia : Boston medic. and surg. Journal.
- *Williams* : Agoraphobia : Boston medic. and surg. Journal.
- 1873 *Brown-Sequard* : Arch. of scientific and pratic. med.
- *Perroud* : Lyon médical.
1876. *Annales de la Société Médico-Psychologique* :
- 1877 *Ritti* : Folie avec conscience : Dict. encyclop. des sciences médicales.
- *Westphall* : Arch. für psych.
- *Légrand du Saulle* : Gazette des Hôpitaux.
- 1878 *Légrand du Saulle* : Essai clinique sur la peur des espaces.
- *Paugrand* : Thèse de Paris.
- 1879 *Cordes* : Arch. f. Psychiatrie.
- *Dubaut* : Thèse Paris : Agoraphobie.

- 1881 *Luys* : Traité des maladies mentales.
- 1882 *Potter* : Agoraphobia, Chicago med. Journ. et Exam.
- 1884 *White* : Agoraphobia, Lancet-London.
- 1885 *Legrand du Saulle* : Journal des Praticiens.
- *Surgeon* : Agoraphobia, Lancet-London.
- *Doyen* : Thèse de Paris : les Phobies.
- *Raspail* : Thèse Paris : Sitiophobie chez les aliénés.
- 1886 *Mosso* : La peur, trad. Hément. Alcan.
- 1887 *Richet* : L'homme et l'intelligence.
- *Blodgett* : Un cas d'agoraphobie. Boston M. J. et Exam.
- 1820 *Pitres* : Progrès médical.
- *Combemale* : De l'agoraphobie. Bulletin médical du Nord.
- 1891 *Bouveret* : La neurasthénie.
- *Levillain* : La neurasthénie.
- *Courtois-Suffit* : Un cas d'agoraphobie. Gazette des Hôpitaux.
- 1892 *Féré* : Pathologie des émotions.
- *Mathieu* : La neurasthénie.
- *Pierre Janet* : Les hystériques, stigmates mentaux.
- 1893 *Magnan* : Leçons cliniques.
- 1894 *Gélineau* : Les peurs morbides.
- *Bérillon* : Revue de l'hypnotisme.
- *Scheslinger* : Diverses formes d'agoraphobie.
- 1895 *Magnan et Legrain* : Les Dégénérés.
- *Courmont* : Thèse de Lyon : le cervelet.
- *Marrel* : Thèse Paris : les phobies.
- *Sottas* : Un cas d'agoraphobie. Médecine moderne.
- *Freud* : Revue neurologique. Janvier.
- *Wright* : « Braïn » : Été et automne.

- 1898 *Pitres et Régis* : Congrès de Moscou.
- 1898 *Lannois et Tournier* : Ann. des mal. de l'oreille et du larynx.
- *Lannois et Tournier* : Bulletin de la Société française d'otologie et de laryngologie.
- *P. Janet* : Névroses et idées fixes.
- *Duprat* : L'instabilité mentale. Thèse Paris. Lettres.
- *Valentin et Hartenberg* : Congrès d'Angers (compte rendu).
- *Brun* : Thèse de Lyon : l'agoraphobie auriculaire.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	9
PREMIÈRE PARTIE. — <i>Etude pathogénique.</i>	
CHAPITRE PREMIER. Synthèse psychologique des phobies. — L'instinct conservateur. — La peur.....	13
CHAPITRE II..... Mécanisme physiologique de la peur et des phobies.....	23
CHAPITRE III..... Mécanisme psychologique de la peur et des phobies.....	31
DEUXIÈME PARTIE	
<i>Etude Etiologique</i>	37
TROISIÈME PARTIE. — <i>Etude nosologique.</i>	
CHAPITRE PREMIER. Des états émotifs qu'il faut diffé- rencier des phobies.....	55
CHAPITRE II..... Nature des phobies.....	62
CONCLUSIONS.....	77
BIBLIOGRAPHIE.....	79

